

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 3 mai 1900, à 1 heure

PAR

Constantin G. NANU

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX

MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.

PURPURA CHRONIQUE

A

GRANDES ECCHYMOSES

Président : M. DIEULAFOY, Professeur.

GRANCHER, Professeur.

Juges : MM. { MARFAN, Agrège.

THIROLOIX, Agrégé

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS
3, RUE RACINE, 3

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

N°

326

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 3 mai 1900, à 1 heure

PAR

Constantin G. NANU

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX

MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.

PURPURA CHRONIQUE

A

GRANDES ECCHYMOSES

Président : M. DIEULAFOY, Professeur.

GRANCHER, Professeur.

Juges : MM.

MARFAN, Agrégé.

THIROLOIX, Agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical



PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS
3, RUE RACINE, 3

1900

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen..... Professeurs.....

Anatomie.....
 Physiologie.....
 Physique médicale.....
 Chimie organique et chimie minérale.....
 Histoire naturelle médicale.....
 Pathologie et thérapeutique générales.....
 Pathologie médicale.....
 Pathologie chirurgicale.....
 Anatomie pathologique.....
 Histologie.....
 Opérations et appareils.....
 Pharmacologie et matière médicale.....
 Thérapeutique.....
 Hygiène.....
 Médecine légale.....
 Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
 Pathologie comparée et expérimentale.....

M. BROUARDEL
 MM.
 FARABEUF.
 CH RICHET
 GABRIEL.
 GAUTHIER.
 BLANCHARD.
 BOUCHARD.
 HUTINEL.
 DEBOVE.
 LANNELONGUE
 CORNIL.
 MATHIAS DUVAL.
 BERGER.
 POUCHET.
 LANDOUZY.
 PROUST.
 BROUARDEL.
 BRISSAUD.
 CHANTEMESSE

Clinique médicale.....

POTAIN.
 JACCOUD.
 HAYEM.
 DIEULAFOY.
 GRANCHER.
 FOURNIER.

Clinique des maladies des enfants.....

Clinique des maladies syphilitiques.....

Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en-
 céphale.....

Clinique des maladies nerveuses.....

JOFFROY.
 RAYMOND

Clinique chirurgicale.....

TERRIER.
 DUPLAY.
 LE DENTU.
 TILLAUX.

Clinique ophtalmologique.....

Clinique des voies urinaires.....

Clinique d'accouchement.....

PANAS.
 GUYON.
 BUDIN.
 PINARD.

Agrévés en exercice.

MM.
 ACHARD.
 ALBARRAN.
 ANDRL.
 BONNAIRE.
 BROCA Auguste.
 BROCA André.
 CHARRIN.
 CHASSEVANT.
 DELBET.
 DESGREZ.

MM.
 DUPRÉ.
 FAURÉ.
 GAUCHER.
 GILLES DE LA
 TOURETTE.
 HARTMANN.
 LANGLOIS.
 LAUNOIS.
 LEGUEU.
 LEJARS.

MM.
 LEPAGE.
 MARFAN.
 MAUCLAIRE.
 MENÉTRIÉR.
 MERY.
 ROGER.
 SEBILEAU.
 TEISSIER.
 THIERY.

MM.
 THIROLOIX.
 THOINOT.
 VAQUEZ.
 VARNIER.
 WALLICH.
 WALTHER.
 WIDAL.
 WURTZ.

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dis-
 sertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle
 n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MES CHERS PARENTS

*Je dédie ce travail, faible témoignage
de ma profonde reconnaissance.*

A MON FRÈRE

LE DOCTEUR ION G. NANU

Médecin des Hôpitaux de Bucarest.

A MA SŒUR

A MES FRÈRES

A MON ÉMINENT MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR DIEULAFOY
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur.

A MON CHER ET EXCELLENT MAITRE
MONSIEUR LE DOCTEUR MARFAN
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Médecin des Hôpitaux.

AVANT PROPOS

Au commencement de cette année nous avons eu l'occasion d'étudier dans le service de M. le professeur Grancher, service dirigé à ce moment par notre maître, M. le professeur agrégé Marfan, deux cas de purpura hémorragique appartenant à une variété qui, jusqu'à présent n'a pas été cliniquement individualisée, et que nous appellerons *purpura chronique à grandes ecchymoses*

Il s'agissait de deux petits enfants, âgés de cinq ans et de six ans, qui, au cours d'une santé parfaite en apparence, sont pris d'hémorragies muqueuses diverses et abondantes, couverts sur différentes parties du corps d'ecchymoses gigantesques et de pétéchies, sans que tous ces phénomènes morbides influençassent le moins du monde sur l'état général de leur santé qui, pendant toute la longue durée de l'affection, n'a cessé d'être bonne, sans causer la moindre élévation de température et sans provoquer la moindre douleur.

Des cas à peu près analogues ont bien été publiés par Denys de Louvain en 1885, mais cet auteur ne paraît

pas avoir été frappé par la forme clinique spéciale de l'affection. Il n'insiste que sur les lésions du sang.

C'est à M. Marfan, le premier, que revient le mérite d'avoir, sur ce point, attiré l'attention en publiant dans le Journal médical la *Médecine Moderne* du 17 avril 1895, une leçon clinique à propos d'un cas qu'il décrit sous le nom de maladie de Werlhof à forme chronique.

Depuis il n'a été publié, à notre connaissance, sur la même affection, que trois ou quatre observations seulement, par des auteurs différents et sous des noms différents. Notre maître nous a engagé à faire de l'étude de cette nouvelle variété clinique de purpura, le sujet de notre thèse inaugurale. En dehors des observations dont nous venons de parler, nous avons pu nous procurer, grâce à l'obligeance de M. le docteur Bensaude, chef de laboratoire à la Faculté, deux autres observations tout à fait inédites.

De l'étude approfondie de tous ces cas, nous tâcherons de tirer des caractères cliniques et anatomopathologiques que nous croyons suffisants pour pouvoir individualiser une nouvelle variété clinique, qui doit figurer dans le cadre des purpuras primitifs à côté des autres variétés décrites jusqu'à présent : le purpura rhumatoïde, le purpura infectieux primitif et la forme appelée par tradition maladie de Werlhof.

Cette étude comprendra cinq chapitres.

Dans le premier chapitre nous donnerons une vue d'ensemble sur l'historique du purpura en général.

Cette étude n'a que des rapports éloignés avec le but que nous nous proposons. Nous avons tenu pourtant à le

faire pour montrer la grande influence que le nom de Werlhof a exercé et exerce encore sur tout ce qui a trait à cette question.

Dans *le deuxième chapitre* nous tâcherons de définir d'une manière précise la variété clinique qui nous occupe et d'exposer les raisons qui nous ont déterminé à lui donner un autre nom que celui sous lequel ce purpura a été primitivement décrit.

Nous nous occuperons dans *le troisième chapitre* de la nature et de la pathogénie probables de cette affection, et nous exposerons également les altérations du sang qui la caractérisent.

Nous insisterons dans *le quatrième chapitre* sur la description des symptômes.

Le diagnostic, l'étiologie, le pronostic et le traitement seront étudiés dans *le cinquième et dernier chapitre*.

Mais avant d'aborder l'étude de notre sujet, nous sommes heureux que l'usage nous permette d'accomplir un devoir de reconnaissance envers les maîtres qui nous ont guidé dans nos études médicales.

Nous tenons à remercier tout d'abord notre affectionné maître M. le professeur agrégé Marfan. C'est à lui que nous devons l'idée de ce travail. Il a été en outre notre chef — suppléant du service de clinique à l'hôpital des Enfants-Malades — pendant notre première année d'externat. Nous lui adressons ici l'expression de toute notre reconnaissance pour la bienveillance et l'intérêt qu'il nous a toujours témoignés, et le prions de croire que nous n'oublierons jamais tout ce que nous lui devons.

Nous avons eu aussi la bonne fortune d'être l'externe de M. le professeur Hayem. Pendant l'année que nous avons été attaché à son service de l'hôpital Saint-Antoine, nous avons eu l'occasion d'apprécier la vaste érudition de ce maître, et de profiter largement de son enseignement médical. Nous le prions d'accepter nos respectueux remerciements.

Que M. le professeur Tillaux veuille bien nous permettre de lui adresser l'expression de toute notre gratitude, pour nous avoir accepté comme externe dans son service si recherché de la Charité, pendant notre dernière année d'externat. Nous nous souviendrons toujours de son enseignement si clair, si précis, si attrayant.

Que M. le professeur Budin, dans le service duquel nous avons fait notre stage, et auquel nous devons nos connaissances en accouchements, veuille bien agréer l'expression de nos hommages respectueux.

Que M. le professeur Dieulafoy veuille bien accepter l'expression de nos sentiments les plus respectueux pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous adressons nos sincères remerciements à M. Bezançon, chef de laboratoire à la Faculté de médecine, pour l'intérêt qu'il nous a témoigné pendant les mois que nous avons passés dans le laboratoire de bactériologie de la Faculté.

Nous devons une reconnaissance toute particulière à M. le docteur Bensaude, chef de laboratoire. Il nous a toujours témoigné le plus grand intérêt, la plus amicale

bienveillance. Il nous a aidé dans l'élaboration de ce travail en nous procurant deux observations inédites. Nous l'en remercions bien sincèrement.

Nous ne saurions oublier non plus, les services que nous ont rendus nos autres maîtres dans les Hôpitaux. MM. les professeurs agrégés Quénu, Thiery ; MM. les docteurs Parmentier, Lion.

Qu'ils soient tous assurés de notre reconnaissance.

Enfin, nous remercions cordialement M. Rosenthal et notre ami Théohari, internes des Hôpitaux, du précieux concours qu'ils nous ont prêté.

CHAPITRE PREMIER

PURPURA

Aperçu Historique

Avant le xviii^e siècle la littérature médicale ne contient aucune mention précise au sujet du purpura. Lazare Rivière (1) et Martin Lister (2), au xvii^e siècle, parlent dans leurs écrits d'un certain état hémorragique accompagné d'éruptions pétéchiales qu'ils auraient remarqué chez des femmes mal réglées et chez des enfants à l'approche de la puberté ; mais leurs renseignements sur ce phénomène, auquel du reste ils ne prêtent aucune importance, sont extrêmement vagues.

C'est à Werlhof que revient l'honneur d'avoir fait les premières publications sur le purpura, qu'il décrit sous le nom de *morbus maculosus Hæmorrhagicus*.

(1) LAZARE RIVIÈRE. *Præcos medicæ*. lib. VII, cap. I, et *De febre pestilenti*.

(2) *Exercitationes med. de morbis quibusdam chronicis*, London, 1694.

La contribution personnelle de cet observateur à l'étude de cette affection, se borne simplement, à la publication, en 1735, de deux observations sommaires (1).

Il s'agit de deux cas de purpura à larges ecchymoses, et à hémorragies, nasales, gingivales, intestinales profuses, évoluant sans fièvre, sans retentissement sur l'état général des malades, et n'ayant duré que huit à onze jours.

Mais ce qui fait surtout son mérite, c'est d'avoir différencié du scorbut cet état hémorragique, à une époque où les épidémies de scorbut étaient fréquentes dans toute l'Europe et surtout en Allemagne.

Presqu'en même temps que Werlhof, Behrens (2) donnait une description exacte de la même affection. Au nom de *morbis maculosus hæmorrhagicus*, il ajouta celui de Werlhof, son maître.

Les écrits de ces deux auteurs furent réunis par Wichman et publiés quarante ans plus tard, en 1775, dans l'édition des *Œuvres de Werlhof* (3). Dans ce long intervalle, plusieurs auteurs étrangers Aikin, Graaf, Duncan, qui semblent ne pas avoir connu les idées de Werlhof sur cette affection, publiaient quelques observations isolées et presque identiques aux deux observations de Werlhof.

(1) Disquisitio med. et philol. de variolis et anthracibus. Hanoveræ, 1735.

(2) Epistolica disertatio de morbo maculoso hæmorrh., etc. Brunsvigæ, 1735.

(3) PAULI GOTTLIEB WERLHOFFI. Opera medica. Wichman, Hanoveræ, 1775.

Ces faits résument toute l'histoire de la maladie à la période de son apparition.

A la fin du XVIII^e et vers le commencement du XIX^e siècles, apparurent les premières monographies sur cette affection qui fut décrite par les divers auteurs sous des noms différents.

Ainsi, Adair (Edinbourg 1789), Bergener (Halæ 1792), Acrel (Upsal 1797), lui donnèrent le nom d'*Hæmorrhæa petechialis*. Willan, Bateman (Edinbourg 1801), Bauer (Halæ 1818), celui de *Purpura Hæmorrhagica*.

Pierquin (Montpellier 1821), la désigna sous le nom d'*Hémacélinose*.

Mais l'immense majorité des auteurs, aussi bien en Allemagne qu'en France, lui conservèrent le nom de *morb. maculosus hæmorrhagicus Werlhofi*.

Parallèlement à ces monographies, des descriptions assez étendues furent données par les divers dermatologistes dans leurs traités des maladies de la peau.

Ainsi, au commencement du XIX^e siècle, le nombre des cas de purpura observés et publiés était devenu très grand ; mais, non moins grande fut la confusion qui résulta du défaut d'une classification méthodique, et du fait que les cas les plus dissemblables comme étiologie, allure, symptômes, furent englobés dans une même description, et considérés comme appartenant à une seule et même maladie, au Morb. macul. hæmorrh. Werlhofi.

En publiant son Morbus maculosus, Werlhof, avait voulu montrer, qu'à côté du scorbut et des fièvres pétéchiâles, il existe une affection, caractérisée par des pétéchie et des hémorragies, mais une affection apyrétique,

bénigne, sans influence aucune sur l'état général, et de courte durée. Mais, grâce à une faute d'interprétation historique et clinique, ce type de purpura, si nettement caractérisé, fut oublié par ses successeurs.

En effet, peu de temps après lui, la maladie de Werlhof devient synonyme de purpura hémorragique, et presque tous les auteurs décrivent sous le nom de morbus maculosus Werlhofi, toutes les affections caractérisées par des hémorragies et des pétéchies, sans tenir compte de leur étiologie, leur durée et leur gravité : les purpuras apyrétiques aussi bien que les purpuras pyrétiques les plus graves.

Willan (1) et Bateman (2) (1798-1801) furent les premiers qui ont cherché à mettre un ordre dans ce chaos, en donnant une classification des purpuras.

Se basant sur les caractères extérieurs de l'affection, ils distinguèrent cinq variétés : *Purpura simplex*, *hæmorrhagica*, *senilis*, *urticans* et *contagiosa*.

Rayer (3), prenant comme point de départ de sa classification l'absence ou la présence de la fièvre, en décrit deux variétés : *purpura sine febre* et *purpura febrilis*.

Après les travaux de Schonlein (1832) sur la péliose rhumatismale, une nouvelle variété est rentrée dans les descriptions classiques : le purpura rhumatismal.

Sabatier (*Bull. thérapeutique*, t. VII, 1834), admet deux formes de purpura : une forme aiguë ou *sthénique* et une forme *asthénique*.

(1) On cutaneous diseases WILAN. (Abrégé pratique des mal. de la peau, traduit. française par BERTRAND, 1820, Paris.

(2) A practical synopsis of cutaneous diseases Bateman (1801).

(3) Maladies de la peau, RAYER, 1835.

A ces deux formes, Bucquoy, dans sa thèse inaugurale (1855), ajoute une troisième, qu'il appelle forme *exanthématique*. Plus près de nous Richardson (*The Lancet*, 1874) ayant recours à l'anatomie pathologique en décrit trois formes principales : *purpura aqueux*, *purpura salin* et *purpura vasculaire*. Viennent ensuite les recherches d'Henoch (1) et Couty (2). Ces deux auteurs ont mis en relief l'influence du système nerveux dans la production de la variété de purpura, appelée par eux *purpura rhumatoïde*.

Après 1877, sous l'impulsion de Lasègue qui fait une étude critique (3) sur la maladie de Werlhof, les travaux sur le purpura se multiplièrent.

Faisans, dans sa thèse inaugurale (1882), prenant en considération le caractère fluxionnaire de certaines manifestations purpuriques, leur symétrie, etc., les rattache à une hyperémie des faisceaux postérieurs de la moelle. Il décrit cette variété sous le nom de *purpura myelopathique*.

Les années suivantes, Mathieu (*Thèse*, Paris, 1883) et Du Castel (*Thèse d'agrégation*, 1886), tentent de donner une classification des purpuras en se basant surtout sur l'étiologie et la pathogénie plus ou moins hypothétiques de ce syndrome. Le premier décrit cinq variétés : *Purpura infectieux*, *purpura rhumatoïde*, *scorbut sporadique*, *maladie de Werlhof* et *purpura d'origine nerveuse*.

(1) *Berliner Klin. Woch.*, 1867 et 1874.

(2) *Gaz. hebdomadaire de méd. et chirurg.*, 1876.

(3) LASÈGUE. Étude rétrosp. sur la maladie de Werlhof. *Archives de médecine*, 1877.

Le second décrit également cinq variétés : *Purpura exanthématique rhumatismal*, *p. toxique*, *p. cachectique*, *p. mécanique*, et purpura consécutif à une *lésion du système nerveux*. Ces deux classifications ne sont plus admises aujourd'hui.

Les auteurs plus récents, — en cherchant à caractériser les variétés de purpuras non d'après la présence ou l'absence de tel ou tel symptôme, ni exclusivement d'après leur pathogénie qui du reste n'est pas définitivement établie, mais d'après l'ensemble de leurs caractères cliniques, — ont restreint leur nombre (1).

Mais depuis une dizaine d'années surtout, l'étude des purpuras est rentrée dans une autre phase. Presque tous les auteurs qui se sont occupés de ce sujet ont cherché à élucider la pathogénie de ce syndrome, en montrant le rôle des infections et des intoxications dans le purpura.

Les premières recherches de ce genre ont été faites en France par Hayem, Leloir, Hutinel, en Allemagne par Klebs, en Roumanie par Babes.

Nous ne citerons pas tous les travaux, toutes les communications qui ont été faites depuis, sur la bactériologie, la pathogénie et l'anatomie pathologique des purpuras. Nous nous contenterons seulement de mentionner les thèses de Martin de Gimard (Paris, 1888), Sortais (Paris, 1896), Béna (Paris, 1896), Apert (Paris, 1897), qui résument l'état actuel de nos connaissances sur ce sujet.

(1) Voir MARFAN. Article purpura. *Traité des maladies de l'Enfance*, par Grancher, Comby, Marfan.

CHAPITRE II

PURPURA CHRONIQUE A GRANDES ECCHYMOSES.

Définition.

Pour bien nous rendre compte de l'affection que nous nous proposons d'étudier et pour pouvoir suivre avec fruit les discussions auxquelles nous nous livrerons à propos de la place qu'elle doit occuper dans le cadre nosologique parmi les nombreuses variétés de purpura, nous reproduirons, dès le commencement de ce chapitre, l'observation d'un des cas que nous avons eus l'occasion d'étudier à l'Hôpital des Enfants-Malades, dans le service de clinique infantile.

OBSERVATION I.

La nommée Lucie L..., âgée de cinq ans, entre à l'hôpital des Enfants Malades, salle Parrot, lit n° 9, le 6 janvier 1900.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort tuberculeux à

l'âge de 31 ans. Sa mère, âgée de 39 ans, est bien portante; étant jeune a eu plusieurs attaques de rhumatisme; elle a eu quatre enfants. Les quatre grossesses ont été normales. Les enfants sont venus tous à terme. A la suite du deuxième accouchement elle a eu une phlébite pour laquelle a été soignée à l'hôpital Necker. Son deuxième enfant est mort à 11 mois à la suite d'une méningite. Rien à noter du côté des collatéraux. Aucune trace d'hémophilie dans la famille.

Antécédents personnels. — L'enfant a toujours été bien portante. Elle a eu sa première dent à 6 mois, a marché à un an, et a commencé à parler à 18 mois. Elle habite avec sa mère et ses frères, une chambre petite, à plafond bas, mais exposée au soleil. Quoiqu'appartenant à la classe ouvrière pauvre, elle n'a subi jusqu'à présent aucune sorte de privation.

Début de la maladie actuelle. — La maladie a débuté il y a trois mois. Au cours d'une santé parfaite, la mère remarque chez la malade sur la figure d'abord, sur le reste du corps ensuite, de larges ecchymoses, de coloration bleuâtre ou verdâtre ressemblant à des bleus. L'apparition de ces taches, n'était accompagnée d'aucune douleur, d'aucun phénomène subjectif. Elles disparaissaient généralement au bout de huit jours, et, en même temps, d'autres apparaissaient. Pendant ces trois mois la mère n'avait remarqué aucune hémorragie, épistaxis, stomatorragies, selles sanglantes, ou autre.

Etat actuel, 7 janvier. — La malade est une petite fille assez bien constituée pour son âge. Elle ne présente aucun signe de dépression physique. Son visage n'est pas pâle, les muqueuses ne sont pas décolorées. L'état général est très bon, la température normale, le pouls également. Elle n'accuse aucune douleur, ne se plaint de rien, et n'accepte qu'à contre cœur de garder le lit dans la journée.

La figure et le corps sont recouverts de taches ecchymotiques de couleur et de grandeur différentes, disposées de la manière suivante :

Tête. — Ecchymose de coloration brunâtre, occupant toute la

paupière supérieure gauche. Autre ecchymose, de même coloration, ayant les dimensions et la forme d'une pièce d'un franc, au-dessus de l'arcade sourcilière droite.

Deux petites taches rondes de coloration bleu-pâle au niveau de l'angle du maxillaire inférieur droit.

Rien sur la muqueuse buccale. Les gencives sont saines. L'haleine n'est pas fétide.

Rien sur les conjonctives.

Tronc. — Grande tache ecchymotique, ayant une coloration verdâtre, et les dimensions d'une pièce de cinq francs, au niveau de l'angle externe de l'omoplate à droite. Une autre ecchymose violacée, presque noire, au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate du même côté.

Membre sup. droit. — Petites taches verdâtres, le long du bord cubital de l'avant-bras, et à la partie postérieure du coude.

Membre sup. gauche. — Ecchymose bleuâtre, à la partie postérieure du coude.

Membre inf. droit. — Quatre taches ecchymotiques, plus ou moins rondes, ayant une teinte brunâtre, et les dimensions d'une pièce de dix sous, le long de la face interne du tibia. Petite tache bleue au-dessus du grand trochanter, et une autre petite, ronde, brunâtre au niveau de la rotule.

Membre inf. gauche. — Petite tache ecchymotique brunâtre à contours indécis à la partie supérieure de la rotule.

Au niveau du bord antérieur de l'os iliaque; parallèlement à ce bord, et empiétant un peu sur l'abdomen, une ecchymose de forme allongée, ayant quatre centimètres de longueur, et une coloration bleu-verdâtre.

Toutes ces ecchymoses, ne sont pas douloureuses à la pression. Elles ne font aucun relief à la surface de la peau, et ne disparaissent pas à la pression.

Examen clinique des organes. — L'examen clinique des organes ne décèle rien de pathologique.

Appareil digestif. — Appétit bon. Langue normale. Muqueuse buccale, gencives, saines. L'odeur de l'haleine nor-

male. Les dernières petites molaires inférieures de chaque côté, sont en mauvais état. Pas de diarrhée, pas de coliques. Foie normal. Rate inaccessible.

Appareil respiratoire. — Rien d'anormal. Elle ne tousse pas et n'a jamais eu d'hémoptysies.

Appareil circulatoire. — Cœur normal. Pouls idem. Léger bruit de rouet dans les vaisseaux du cou, à droite.

Appareil urinaire. — Urine coloration jaune-pâle. Réaction légèrement acide. Nialbumine ni sucre ; traces d'indican.

Système nerveux. — Aucun trouble de la sensibilité. Reflexes normaux. Pas de céphalalgie. Aucune douleur dans les articulations, ni spontanément, ni à la pression. Intelligence très-vive.

Traitement. — Chlorure de calcium, un gramme par jour en potion.

9 Janvier 1900. — Etat général bon. Pas de fièvre. Pas de douleurs dans les articulations. Fonctions digestives bonnes.

On constate pour la première fois, une légère stomatorragie. Pendant la nuit, la malade a taché son oreiller de sang mélangé de salive. Le sang sort au niveau de la sertissure des dents incisives inférieures. Les gencives ne présentent aucune érosion, aucune fongosité. Muqueuse buccale normale.

On remarque l'apparition de deux nouvelles taches ecchymotiques. L'une de coloration noirâtre sur la paupière droite ; l'autre à la partie interne du bras gauche, près de l'aisselle. Cette dernière a les dimensions d'une pièce de dix sous. Elle est ronde et d'une couleur lie de vin.

Les ecchymoses anciennes sont en voie de disparition. Elles ont diminué d'étendue et présentent actuellement presque toutes, une coloration jaune-verdâtre. Ponction à la pulpe du doigt pour examiner le sang. Même traitement : chlorure de calcium un gramme par jour en potion. Repos absolu au lit.

10 Janvier. — Etat général bon. Température normale. Appétit bon. Pas de vomissement, pas de diarrhée. Aucune douleur. Légère stomatorragie.

Sur la paupière gauche, l'ecchymose persiste, mais elle com-

mence à pâlir. Celle de la paupière droite et celle du front du même côté, présentent une couleur verdâtre à leur centre, et jaunâtre vers la périphérie.

Sur l'épaule droite, on aperçoit à peine les vestiges de la large ecchymose verdâtre du début. A son niveau la peau est devenue jaune. Les autres taches hémorragiques sont manifestement en voie de régression, sauf celle située à la partie interne du bras gauche.

11 Janvier. — L'état général continue à être bon. Sur l'épaule droite, l'ecchymose a complètement disparu. Les ecchymoses des paupières et du front sont dans le même état qu'hier.

Sur les jambes on n'observe plus au niveau des anciennes taches, verdâtres ou brunâtres, qu'une légère coloration jaune de la peau.

L'ecchymose située à la partie interne du bras gauche persiste toujours. Elle est devenue même plus grande. Son centre est d'une couleur lie de vin. La périphérie de la plaque a une teinte livide. On constate une légère desquamation épidermique à son niveau.

13 Janvier. — Etat général bon. Légère stomatorragie. Peu de taches hémorragiques sur la muqueuse buccale. Les taches ecchymotiques des membres inférieurs ont disparu complètement sauf celle située au niveau du grand trochanter droit; sur le tronc il ne reste plus que celle qui est située au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate. Elle est en voie de disparition.

Celles des paupières et du front persistent toujours, de même que celle située à la face interne du bras gauche.

Apparition de deux nouvelles ecchymoses de chaque côté de la crête sacrée. Elles ont les dimensions d'une pièce d'un franc, leur forme est irrégulière, leur coloration, violacée. Même traitement.

15 Janvier. — Même état. Pour la première fois on constate sur la muqueuse de la joue gauche, au niveau des dernières petites molaires, trois petites taches hémorragiques, couleur

rouge-sang, rondes, un peu plus petites qu'une lentille. A leur niveau la muqueuse ne saigne pas.

16 Janvier. — Etat général bon. Il ne reste plus que les ecchymoses suivantes : celles des paupières et du front, qui sont en voie de regression ; celle du bras gauche dont l'état est stationnaire, et celles de la région sacrée.

Sur la muqueuse de la joue gauche, on ne voit plus qu'une seule tache hémorragique, recouverte à son centre par du sang coagulé.

17 Janvier. — Même état que la veille. On fait une ponction avec une lancette, à la pulpe du doigt pour faire l'examen du sang. Même traitement.

18 Janvier. — Etat général bon. Les ecchymoses sont dans le même état qu'hier. Celle du bras gauche paraît diminuer d'étendue, de la périphérie au centre, dont la coloration est moins intense. Les ecchymoses de la région sacrée augmentent d'étendue.

Nouvelle tache bleu-pâle, à la partie moyenne de la région lombaire, juste au niveau de la colonne vertébrale. Même traitement.

23 Janvier. — Les ecchymoses des paupières et du front ont complètement disparu. Même plaque au niveau de la partie supéro-interne du bras gauche. Elle est devenue violacée au centre, vert-jaunâtre à la périphérie. Son étendue est plus petite que les jours précédents. L'état des ecchymoses de la région sacrée est le même.

Nouvelles taches hémorragiques sur la muqueuse de la joue droite. Elles ont les mêmes caractères que celles qui étaient situées sur la muqueuse de la joue opposée. Etat général bon. Même traitement.

24 Janvier. — Nouvelle plaque de coloration bleu-pâle à la partie moyenne de la région dorsale au niveau de la colonne vertébrale. Elle a la dimension d'un pois. Etat général bon. Pas de fièvre. Fonctions digestives normales. Même traitement.

25 Janvier. — Nouvelle ecchymose, bleuâtre, petite, un peu

au-dessus de la précédente. Au bras gauche, l'ecchymose régresse. Même état des ecchymoses, à la région sacrée.

28 Janvier. — La malade sort. A la suite de quelques cas de scarlatine, survenus parmi les malades, on est obligé d'évacuer la salle, pour les besoins de la désinfection.

A sa sortie, la malade ne présente plus que quatre ecchymoses : Une à la partie interne du bras gauche, en voie de disparition. Elle a la dimension d'une pièce de dix sous ; sa couleur est rouge lie de vin au centre, jaunâtre à la périphérie. Les trois autres sont situées à la partie postérieure du tronc. Une à la région sacrée, et les deux autres sur la colonne vertébrale à la région dorso-lombaire. L'état général est bon, comme il a été pendant tout son séjour à l'hôpital du reste.

Nous avons fait aujourd'hui, pour la troisième fois, l'examen du sang au point de vue de la coagulation.

Malgré le traitement par le chlorure de calcium, le caillot n'est pas rétractile du tout, il n'exude pas la moindre quantité de sérum après 48 heures.

Analyse des urines.

Volume. — 930 c. m. c.

Couleur. — jaune-pâle.

Réaction. — légèrement acide.

Densité. — 1,012.

Extrait sec. — par litre 37 gr. 60.

— par 24 heures 34 gr. 968.

Sels minéraux. — par litre 12 gr. 60

— par 24 heures, 11 gr. 718.

Éléments organiques. — par litre 25 gr.

— par 24 heures 23 gr. 25.

Urée. — par litre 6 gr. 455.

— par 24 heures 6 gr.

Acide urique. — par litre 0 gr. 22.

— par 24 heures 0,204.

Chlorures exprimés en	{	chlorure	{	par litre.....	6 gr.
		de sodium	{	par 24 heures	5 gr.
		en chlore	{	par litre.....	3 gr. 57
				par 24 heures	2 gr. 50
Acide phosphorique.....	{	par litre	0,78 gr.		
		par 24 heures	0,725 gr.		

Pas d'albumine, pas de sucre, trace d'indican.

Voir l'examen du sang au chapitre III, page 31.

Chez cette petite fille il s'agit d'un purpura.

Mais quelle est la variété qui se présente à nous ?

Ce purpura étant survenu chez une enfant robuste, dont l'organisme n'était atteint d'aucune tare, et qui, en dehors de l'éruption ecchymotique et d'une légère stomatorragie présente tous les attributs d'une santé parfaite, ne peut être qu'un purpura primitif. Nous entendons par ce terme, tout purpura qui n'est sous la dépendance d'aucun état morbide défini ayant nom et place dans le cadre nosologique. De cette façon, le groupe des purpuras, secondaires, se trouve éliminé de la discussion.

En effet, il ne saurait être question dans le cas présent d'aucune variété appartenant à ce groupe :

Le purpura cachectique survient comme phénomène ultime à la fin des maladies chroniques, débilitantes.

C'est un signe pronostic grave, comme l'œdème des membres par exemple, dans certaines maladies chroniques, ce qui n'est pas le cas ici.

L'absence absolue de fièvre, l'état général qui est bon, l'absence de toute douleur, le résultat négatif de l'examen clinique de tous les appareils, l'absence de symétrie

dans la disposition des ecchymoses, nous empêchent de rattacher les symptômes que présente notre malade, à toute *maladie infectieuse* ou *nerveuse*.

Notre malade n'est pas hémophilique non plus. L'hémophilie est une disposition morbide congénitale et héréditaire généralement. En outre, les piqûres que nous avons été obligé de faire pour l'examen du sang, ont été suivies d'hémorragies insignifiantes, s'arrêtant spontanément au bout de quelques minutes.

Il reste parmi les affections purpuriques, le scorbut et le groupe des purpuras primitifs, avec ses trois variétés, le purpura infectieux primitif, le purpura rhumatoïde et la *maladie de Werlhof*.

Le scorbut ne présente aucun signe pathognomonique. C'est par l'ensemble clinique des symptômes et surtout par son étiologie qu'on arrive à déterminer cette maladie.

Il est attribué à une alimentation insuffisante, surtout à l'insuffisance des aliments végétaux. On a invoqué également l'encombrement, l'humidité, les dépressions morales, les privations d'eau fraîche, etc.

Chez notre malade, si les conditions hygiéniques de l'habitation ne sont pas tout à fait satisfaisantes, elle n'a subi en échange aucune privation en ce qui concerne la nourriture qui a toujours été suffisante et variée.

Quant aux symptômes, elle n'en présente qu'un seul qui soit commun aux deux affections : les ecchymoses.

Mais les gencives sont saines ; l'haleine n'est pas fétide ; elle n'accuse aucune douleur dans les membres, les forces ne sont pas déprimées, et elle ne se sent nullement fatiguée.

Pour ces motifs, nous nous croyons assez autorisé à éliminer chez elle l'idée de scorbut.

Le *purpura infectieux primitif* et le *purpura rhumatoïde*, sont deux variétés nettement caractérisées.

Les phénomènes généraux graves, la fièvre, l'abattement, la céphalalgie, la durée relativement courte de l'affection, caractérisent la première de ces variétés.

Quant au *purpura rhumatoïde*, il est facilement reconnaissable aux douleurs spontanées ou provoquées au niveau des jointures, à la disposition plus ou moins symétrique de l'éruption qui est généralement pétéchiale, et aux phénomènes gastro-intestinaux, vomissements, diarrhée, douleur à l'épigastre, phénomènes que nous n'avons remarqués à aucun moment chez notre malade.

La maladie de Werlhof, telle qu'elle est comprise actuellement en France, et dont notre maître, M. le Professeur agrégé Marfan, a donné une description définitive (Maladies de l'enfance, Grancher, Comby, Marfan, tome II) c'est la seule variété dont les symptômes soient identiques à ceux que nous venons de voir chez notre malade.

Mais la maladie de Werlhof est une forme de purpura qui évolue rapidement. Sa durée estimée de 8 à 12 jours par Werlhof ne dépasserait jamais 15 jours d'après d'autres auteurs.

Dans notre cas, l'affection dure depuis quatre mois.

A sa sortie de l'hôpital, l'état de notre malade était amélioré en effet, mais elle était incomplètement guérie. Un mois après sa sortie, date à laquelle nous avons eu pour la dernière fois de ses nouvelles, elle était encore recouverte d'ecchymoses, ce qui représente en tout cinq mois de

maladie, de manière que le purpura dont elle est atteinte ne peut être rattaché qu'à la forme décrite pour la première fois en 1895, par M. Marfan sous le nom de *forme chronique de la maladie de Werlhof*.

Nous aurions pu, peut-être, lui conserver ce nom dans l'étude que nous consacrons à cette affection. Mais pour des raisons multiples que nous exposons plus bas, nous avons jugé nécessaire de lui en donner un autre : celui de *Purpura chronique à grandes ecchymoses*.

En effet, parmi les variétés de purpura primitif, la maladie de Werlhof constitue le seul type au sujet duquel tous les auteurs ne sont pas d'accord, et dont l'existence même fut contestée.

Ce n'est pas que les descriptions de ce type morbide ne soient pas assez précises, surtout depuis sa reconstitution, due à Lasèque, mais parce que sa création, dont la paternité revient à Werlhof, est basée sur des faits très peu nombreux, sur des observations sommaires, dues pour la plupart à des auteurs très anciens, et datant de l'époque où la plus grande confusion régnait au sujet du purpura ; et par conséquent contestables jusqu'à un certain point.

Nous ne voulons pas nier l'existence de ce type. Mais en dehors de quelques cas très anciens, n'ayant trouvé dans les auteurs récents aucune observation typique appartenant à cette forme, nous nous demandons si vraiment ces cas ont été suivis assez longtemps par les observateurs, et si la durée de 8 à 12 jours qu'on assigne à cette forme, est vraie.

Par contre, depuis 1895, les cas analogues à celui dont

nous venons de reproduire l'histoire se multiplient. Aux caractères cliniques assez nets décrits par M. Marfan à cette époque, on peut ajouter aujourd'hui d'autres caractères non moins nets, d'ordre anatomo-pathologique, comme la non rétractibilité du caillot (1), la diminution du nombre des hémato blastes (2), etc., qui n'ont jamais fait défaut dans aucun de nos cas.

Nous avons pensé en conséquence, que les formes semblables à celle que nous venons de rapporter, constituent une variété clinique assez importante, suffisamment caractérisée, et dont l'individualisation s'impose, bien que jusqu'à présent on ne puisse faire que des suppositions sur l'étiologie et la pathogénie de cette affection.

Dans ces conditions nous avons pensé que la dénomination de *forme chronique de la maladie de Werlhof* donnée à ces formes de purpura, ne leur convenait pas.

En effet, cette dénomination supposerait une étiologie commune aux deux affections. Or, nous ignorons complètement leur étiologie. Nous ignorons par conséquent si la maladie de Werlhof proprement dite, et le purpura décrit sous le nom de forme chronique de la maladie de Werlhof, sont les deux formes d'une même affection.

Pour tous ces motifs, et sur ce point nous ne faisons que suivre les idées de notre maître, M. le professeur agrégé Marfan, en ne tenant compte que des caractères cliniques les plus saillants, et sans rien préjuger sur l'étiologie et sur la pathogénie de l'affection, nous proposons

(1) HAYEM Du caillot non rétractile. *C. R. de l'Académie des Sciences.*, 23 novembre 1896.

(2) DENYS. *La cellule*, 1887 et 1889,

la dénomination de *Purpura chronique à grandes ecchymoses* aux formes semblables à celle que nous venons de rapporter. De cette façon toute confusion sera évitée, et la description de la maladie de Werlhof restera telle qu'elle nous a été léguée par Lasèque.

En résumé, nous entendons désigner par *purpura chronique à grandes ecchymoses*, une affection caractérisée par de grandes ecchymoses (accompagnées ou non de pétéchies), apparaissant spontanément sur différentes parties du corps, par des hémorragies muqueuses diverses, et enfin par l'absence de fièvre et de tout autre symptôme concomitant (soit par un état général bon) *ainsi que par une durée très longue*, variant entre 5 et 12 mois, et pouvant atteindre exceptionnellement plusieurs années.

CHAPITRE III

HÉMATOLOGIE. — PATHOGÉNIE. — NATURE

Après avoir nettement limité l'affection qui nous occupe, après l'avoir définie cliniquement, la première question qui s'impose à l'esprit est relative à sa nature.

Et, en effet, quelle est la cause de cette affection ?

Quelles sont les lésions organiques ou humorales qui la caractérisent et qui pourraient expliquer la production des phénomènes morbides que nous venons de voir ?

La réponse n'est pas facile à faire.

Le purpura chronique à grandes ecchymoses est une affection bénigne comme nous allons le voir. Les autopsies de sujets ayant succombé à la suite de cette forme de purpura, manquent.

Nous ignorons par conséquent jusqu'à présent les lésions anatomo-pathologiques que pourraient présenter les vaisseaux, le rein et le foie, organes qui jouent un rôle si grand dans presque toutes les affections hémorragiques.

Nous nous sommes donc contenté, comme d'ailleurs tous les auteurs qui ont eu l'occasion d'étudier cette affection, de limiter nos recherches et de n'examiner que le sang.

Les altérations que nous avons trouvées, concordent sous tous les rapports avec celles qui ont été décrites par les auteurs qui ont eu à examiner le sang dans des cas de purpura répondant cliniquement, à la variété que nous venons de décrire sous le nom de *Purpura chronique à grandes ecchymoses*. Quelques-uns de ces cas ont été décrits sous d'autres noms. La plupart sous le nom générique de purpura hémorragique. Mais cette identité de lésions, ajoutée aux caractères cliniques nettement définis que ces cas présentent, nous ont déterminé à les considérer comme appartenant à une même variété et à leur supposer une cause et une pathogénie communes.

Les observations que nous avons pu recueillir sont au nombre de 11 dont deux personnelles et deux inédites. L'examen du sang a été fait dans 8 cas.

Ce sont les résultats de ces examens, que nous donnerons dans ce chapitre.

Nous les avons détachés des observations auxquelles ils se rapportent, et que nous publions à la fin du travail, pour pouvoir les juger dans une vue d'ensemble.

Mais avant de faire connaître ces résultats, nous croyons utile de dire quelques mots sur le phénomène de la coagulation du sang.

Normalement, le sang sorti hors des vaisseaux, se prend en une masse homogène, ayant la consistance d'une gelée et adhérant aux parois du vase. C'est le caillot.

La coagulabilité, c'est-à-dire la durée qui s'écoule entre la sortie du sang hors des vaisseaux et la prise en masse, varie entre 10 et 15 minutes. Une fois coagulé le sang subit les modifications suivantes :

Au bout d'un quart d'heure ou vingt minutes, le caillot se creuse en godet. En même temps, on voit transsuder du sérum à la partie supérieure d'abord, autour du caillot ensuite, entre sa surface et les parois du vase, de manière *qu'au bout de vingt-quatre heures, la rétraction étant complète, le caillot se trouve noyé dans une atmosphère de sérum.* (1)

M. Hayem, a été le premier à remarquer que dans certains cas pathologiques le caillot ne se rétracte pas, et par conséquent n'abandonne pas le sérum.

D'après M. Bensaude, le défaut de contractilité du caillot, peut se présenter à différents degrés :

« Tantôt, il y a absence complète du sérum et le caillot
« reste intimement adhérent aux parois du vase, tantôt
« il existe une goutte liquide sur la surface supérieure
« concave du caillot, tantôt le coagulum s'est détaché
« sur une petite étendue des parois du verre, laissant
« place libre au sérum exudé ».

HÉMATOLOGIE

A. — Examen du sang, se rapportant à l'observation I (personnelle). Purpura chronique à grandes ecchymoses.

Etude de la coagulation. — 9 janvier 1900. Nous faisons une piqûre avec la pointe d'une lancette à la pulpe d'un doigt.

(1) Voir figure A' p. 53.

Le sang coule difficilement, de manière que nous sommes obligé de faire des pressions le long du doigt, pour arriver à remplir les trois quarts du godet de l'hématimètre de M. Hayem.

L'hémorragie s'arrête spontanément au bout de très peu de temps. Quatre minutes après le début de l'opération le caillot est formé. On peut renverser le godet, sans que le sang s'écoule.

Deux heures après la formation du caillot, il n'y a pas trace d'exudation de sérum ni à la surface du caillot, ni le long des parois du vase. Vingt-quatre heures après, même état : pas de sérum, pas de caillot rétractile. Quarante-huit heures après, même état.

Examen complet du sang. 17 janvier 1900.

L'écoulement du sang à la suite de la piqure se fait difficilement.

Nous sommes obligé, comme la première fois, de presser sur le doigt pour obtenir une quantité suffisante de sang.

L'hémorragie s'arrête spontanément.

La coagulation se fait normalement 4 à 5 minutes après la prise de sang.

Pas de rétractilité du caillot pas d'exudation de sérum après 24 heures.

Numération des globules

$$N = 4.216.000$$

$$R = 1.571.311$$

$$B = 4500$$

$$G = 0,37$$

Sang frais. — Les piles sont normales. Les globules rouges assez colorés, de taille variable. Quelques-uns sont petits ronds ; d'autres légèrement déformés, se présentant sous forme de raquette ou présentant de petits prolongements. Les globules blancs sont rares. *Les hémato blasts excessivement rares.* Pas de réticulum fibrilaire.

Sang sec. — Fixation des préparations par un mélange d'alcool et d'éther. Coloration par l'éosine hématoxylique.

La déformation des globules est beaucoup moins marquée que dans les préparations de sang frais.

On ne voit *pas d'hématoblastes*, même dans le point où la goutte de sang a été déposée. Malgré des recherches attentives et répétées nous n'avons pu découvrir *aucun globule rouge à noyau*.

On trouve presque toutes les variétés de globules blancs : lymphocytes, globules blancs polynucléaires, mononucléaires, et des globules blancs eosinophiles. Ces derniers paraissent plus nombreux que normalement.

L'enfant quitte l'hôpital le 28 janvier. A cette époque, la coagulation se fait normalement comme les fois précédentes.

Mais il n'y a pas de transsudation de sérum, et le caillot est toujours non rétractile après vingt-quatre heures.

B. — Examen du sang se rapportant à l'observation II (personnelle). Purpura chronique à grandes ecchymoses.

Etude de la coagulation. — *1^{er} Février 1900.* Après avoir pris les mesures antiseptiques d'usage, nous faisons une piqûre avec la pointe d'une lancette, à la pulpe du doigt. Le sang sort facilement et abondamment. L'hémostase ne se faisant pas spontanément, nous appliquons un petit pansement serré pour mettre fin à l'écoulement sanguin.

Nous remplissons aux trois quarts le godet de l'hématimètre Hayem, ayant soin de faire tomber les gouttes au milieu du vase et de ne pas les laisser couler le long des parois.

Trois minutes après la fin de cette opération le sang est coagulé.

Vingt-quatre heures après, il reste tel quel. Il est adhérent sur toute sa surface aux parois du godet. Il n'y a *pas de trace d'exudation de sérum* ni de *rétraction du caillot*.

Même état après 48 heures.

Le 10 Février 1900, après 20 jours de traitement par le chlorure de calcium, nous procédons à un deuxième examen. Le résultat diffère peu du premier. Toutefois l'hémorragie est moins abondante, et pour obtenir une quantité suffisante de sang nous sommes obligé d'exercer des pressions le long du doigt du malade. L'écoulement s'arrête spontanément au bout de 5 minutes.

La coagulation se fait normalement, deux minutes après la fin de l'opération.

Vingt-quatre heures après, *pas trace d'exudation de sérum et de rétractilité du caillot.*

Examen microscopique. — 14 Février. *Sang frais.* Les hématies se rangent par piles normales. Il ne paraît pas y avoir une augmentation sensible du nombre des globules blancs. Il n'y a pas trace de réticulum fibrineux. Les globules sont très altérables. *Les hémotoblastes excessivement rares.*

Sang sec. — Les globules rouges sont en général de taille normale non déformés. Cependant dans chaque champ microscopique on en trouve quelques-uns qui se font remarquer par l'irrégularité de leur forme. Les *hémotoblastes* sont *extrêmement rares* même au point où la goutte a été déposée.

Sur les préparations colorées par l'éosine hématoxylique après fixation par l'alcool-éther, on constate que les globules rouges déformés sont très rares. Il n'y a pas de leucocytose. On trouve presque toutes les variétés de globules blancs. Les globules blancs éosinophiles sont assez nombreux. *Absence complète de globules rouges à noyau. Pas d'hémotoblastes.*

Numération des globules.

N. = 4328000

R. = 2700000

B. = 9000

G. = 0,60

C.— Examen du sang se rapportant à l'observation III
(Apert et Rabé).

Etude de l'hémostase.— Une piqûre est faite avec la pointe d'une lancette au bout du doigt. Le sang coule facilement goutte à goutte. Au bout de peu de temps il se forme un caillot à l'extrémité du doigt tenu déclive, mais néanmoins le sang ne s'arrête pas; il continue à couler goutte à goutte, le long du caillot lequel s'allonge peu à peu, jusqu'à atteindre au bout de quelques minutes un bon centimètre. Le sang de notre piqûre ne s'arrêtant pas spontanément, nous devons, pour mettre fin à l'écoulement, appliquer sur la plaie un nuage de ouate collodionnée.

Etude de la coagulation.— Nous avons recueilli dans l'hématimètre de Hayem suffisamment de sang pour le remplir aux trois quarts. Au bout d'une minute après la fin de l'opération, le sang est déjà coagulé; au bout de 24 heures il est resté tel quel. Le caillot ne s'est pas détaché des parois du vase, ni rétracté au milieu d'une atmosphère de sérum; il n'y a trace ni de rétraction du caillot ni d'exudation du sérum; au bout de 48 heures, c'est à peine s'il existe une mince couche de liquide, entre le caillot et les parois latérales du vase. Au bout de 4 jours, le caillot a pris enfin la forme en sablier classique, mais ses surfaces supérieure et inférieure sont encore adhérentes et la quantité de sérum exudé est beaucoup moins abondante que normalement.

Numération des éléments du sang. — La numération par le procédé de Hayem donne : R. = 6062000 B. = 5500.

Sang sec.— Sur des préparations de sang étalé sur lame de verre, séchées et colorées soit par l'éosine et le bleu de méthylène (après fixation par l'alcool-éther) soit par l'iode ioduré après fixation par les vapeurs osmiques on ne remarque rien de particulier.

Traitement — Limonade citrique à volonté. Jus de cresson. Interdiction de courir et de se livrer à des exercices violents. En outre nous prescrivons un gramme par jour de chlorure de calcium dilué selon la formule suivante :

Eau.....	400 gr.
Chlorure de calcium..	10 gr.

Une cuillerée, à bouche dans un verre d'eau au début de chaque repas.

Au bout de huit jours l'enfant revient nous voir. Il paraît guéri, il n'a plus saigné du nez. Il n'a plus d'ecchymoses nouvelles, les anciennes sont presque effacées.

Examen du sang. — *Hémostase.* Piqûre au bout du doigt.

Il tombe dans l'hématimètre une dizaine de gouttes de sang, puis le sang s'arrête de lui même. Pour obtenir du sang suffisamment pour remplir aux deux tiers l'hématimètre de Hayem, il est nécessaire de presser sur le doigt.

Coagulation. — Au bout d'une heure il y a un début de rétraction du caillot et d'exudation de sérum, le long des parois du vase. Toutefois la quantité de sérum est moins abondante que chez un sujet normal. Au bout de 24 heures, la rétraction est égale à ce qu'elle était la semaine précédente au bout de 4 jours. Au bout de 48 heures, le caillot est rétracté et flottant dans le sérum. Les lésions du sang existent donc encore, puisqu'il y a un retard dans le processus de rétraction du caillot et l'exudation du sérum, mais elles sont beaucoup moins accusées que lors de la première prise de sang.

Numération des éléments du sang. — $R = 5,992.000.$
 $B = 5000.$

Les préparations de sang sec ne donnent rien d'anormal.

L'enfant doit partir le lendemain pour les vacances à la campagne. Après deux mois il écrit qu'il n'a plus de bleus, ne

saigne plus, et que le sang s'arrête facilement à la suite d'une blessure (L'enfant s'étant coupé accidentellement au doigt a pu faire l'expérience).

D. Examen du sang se rapportant à l'observation V
(inéдите)

Etude de la coagulation. — 20 mai 1896. Ponction avec la pointe d'une lancette au bout du doigt. Le sang s'écoule rapidement.

Trois ou quatre minutes après la prise du sang, le coagulum se forme. Après 12 heures, il n'y a pas d'exudation de sérum.

Le caillot reste non rétractile. Même état après 24 heures.

30 Mai. — La coagulation se fait en masse et rapidement. Après une demi heure, pas de sérum. Après 24 heures, petite quantité de sérum à la partie supérieure du caillot qui reste adhérent à la paroi du godet. Après 48 heures la quantité du sérum n'est pas augmentée. Après 72 heures on constate la dissolution du caillot.

4 Juin. — Après 5 minutes la coagulation est faite. Vingt minutes après la formation du caillot on ne voit pas exuder le sérum.

Trois heures après la formation du caillot une goutte de sérum à la surface du caillot. Même état après 24 heures. Le caillot a de la tendance à exuder du sérum, mais il n'est que très imparfaitement rétractile.

L'examen microscopique du sang n'a pas été fait dans ce cas.

E. — Examen du sang se rapportant à l'observation VI
(Purpura hémorragique. Communication faite par
M. le Dr Millard à la société médicale des Hôpitaux
12 février 1897).

Examen du sang fait le 15 décembre par M. Bensaude chef de laboratoire.

« Après vingt quatre heures la rétractilité du caillot n'est pas complète ; il reste adhérent à la paroi de l'éprouvette, dans son tiers inférieur. Le sérum a transsudé en faible quantité, et sur les préparations de sang sec, on voit des hémato blastses mais *en nombre un peu moins grand que normalement.*

La lésion du sang, propre au purpura hémorrhagica existe donc, mais à un degré absolument minime.

Ce fait semble indiquer que la guérison est en train de s'opérer ».

La malade continue sa médication ferrugineuse et arsénicale.

On lui fait faire le plus de promenades possible au grand air.

L'amélioration va en s'accroissant de jour en jour.

Le 3 Janvier 1897 deuxième examen. — L'état de la malade est le suivant : plus d'ecchymoses ni pétéchies. L'empâtement du bas des jambes diminue. Les trainées ocreuses se décolorent mais lentement. La plaque circulaire pré tibiale droite s'affaïsse et pâlit. Se sentant l'estomac fatigué, la malade cesse toute drogue.

Etat du sang. — « Les hémato blastses sur les préparations de sang sec, paraissent un peu plus nombreuses que sur celles du 15 décembre. D'autre part la rétraction du caillot est plus marquée. Il est conique, en pain de sucre, avec une collerette blanchie à son sommet ; au niveau de sa partie inférieure, il est resté adhérent aux parois de l'éprouvette, dans l'étendue de quelques millimètres. La quantité de sérum exuder est au-dessous de la moyenne. En résumé cet examen est encore plus favorable que le précédent. Mais la lésion hématique n'a pas encore tout à fait disparu ».

F. Examen du sang se rapportant à l'observation VII inédite. (Purpura chronique à grandes ecchymoses. Trois mois de durée).

L'examen du sang a été répété plusieurs fois. Voici dans l'ordre chronologique les résultats obtenus :

Etude de la coagulation. — 22 juin 1896. Piqûre faite au bout du doigt. L'écoulement du sang se fait normalement. La coagulation se fait après 5 minutes, à la température du laboratoire. Vingt-quatre heures après, une goutte de sérum à la surface du caillot. Mais aucune trace d'exudation le long des parois du godet. Caillot non rétractile. Hématoblastes très rares.

28 Juin. — Même résultat.

29 Juin. — Coagulation après 5 minutes. Pas de sérum pas de rétractilité du caillot après 24 heures. Pas d'hématoblastes.

6 Juillet. — Coagulation normale. Après 24 heures on constate un peu de sérum transsudé le long de la paroi du godet dans sa moitié supérieure seulement. Cette exudation est beaucoup plus marquée qu'elle n'a jamais été.

Examen complet du sang. — *Coagulation.* 15 Juillet. L'écoulement du sang se fait assez facilement. L'hémostase est spontanée. La coagulation se fait normalement, 5 minutes après la prise du sang.

Après 24 heures, pas d'exudation de sérum, caillot non rétractile.

Numération des globules

N = 4123000

R = 2908000

B = 5270

G = 0.70

Hématoblastes = 62000

Sang sec. — Pas de déformation globulaire. Pas d'augmentation de globules blancs. On voit quelques rares hémato blastes au point où la goutte a été déposée. Ils ont conservé leur volume normal. Pas de globules rouges à noyau.

Sang frais. — Les piles sont normales comme longueur. Les hématies peu déformées et assez colorées. Pas de leucocytose.

On ne voit aucun hémato blastes dans les mers plasmatiques. Pas de réticulum fibrilaire au bout de 3/4 d'heure.

Le 3 Août. — Vingt quatre heures après la prise du sang, on constate un peu de sérum à la surface du caillot qui n'est pas rétractile, est resté adhérent à la paroi du godet.

Les hémato blastes, sont extrêmement rares. On en voit un ou deux par champ de microscope. Pas de leucocytose. Les globules rouges sont normaux comme forme et comme volume.

11 Août. — Caillot non rétractile. Pas de sérum.

16 Août. — Même état.

3 Décembre. — Quantité minime de sérum à la partie inférieure du caillot et le long de la paroi du godet. Sur les préparations de sang sec, on constate dans chaque champ microscopique, une fois sur trois un hémato blastes. Les globules rouges sont normaux. Pas de leucocytose.

15 Janvier. — Pour la première fois transsudation manifeste de sérum. Les hémato blastes plus nombreux que dans l'examen précédent. Quelques-uns sont de grandes tailles.

G. — Examen du sang. Observation VIII résumée. (Maladie de Wërllhof chronique. Erysipèle intercurrent. Lenoble. Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris 23 Mars 1899).

Dans ce cas, l'examen microscopique du sang, la numération des éléments, l'examen du caillot, ont été faits plusieurs fois, avant, pendant, et après l'apparition de l'érysipèle, avant

le traitement opothérapique et après l'institution de ce traitement.

Les résultats obtenus peuvent être résumés de la façon suivante :

1^o Absence de rétraction du caillot. Absence d'exudation du sérum.

2^o Diminution du nombre des hémato blastses, modification dans leur structure.

3^o Présence constante des hématies nucléées dans le sang.

4^o Leucocytose légère.

5^o Valeur globulaire. G. faible.

Sous l'influence de l'érysipèle on constate que la formation des hémato blastses est augmentée et le nombre des hématies nucléées diminué ;

L'opothérapie hépatique a des effets analogues. Sous son influence le nombre des hémato blastses augmente ; celui des normoblastes d'Erlich diminue. En même temps on voit apparaître dans les préparations de sang sec, un grand nombre de globules rouges de petit volume, représentant le type intermédiaire, entre l'hémato blaste et les hématies adultes.

H. — Examen du sang, se rapportant à l'observation IX (Denys). (Purpura à grandes ecchymoses ayant duré deux ans).

Aucune anomalie dans les leucocytes, ni pour le nombre ni pour les qualités, à part quelques leucocytoses passagères, dont l'une s'explique aisément par une hémorragie utérine.

Réduction énorme du nombre des plaquettes (hémato blastses). et peut être disparition complète de ces éléments aux stades les plus aigus de la maladie.

Malgré cette altération la coagulation du sang n'est pas retardée, et la fibrine est au moins aussi abondante qu'à l'état normal.

N. B. — En 1887 date de la publication de cette observation,

le phénomène de la transsudation du sérum, après la coagulation du sang, n'était pas encore connu. Ce phénomène a été décrit pour la première fois par M. Hayem. Voir *Compt. Rend. de l'Académie des Sciences*, 23 novembre 1896.

I. — Examen du sang se rapportant à l'observation X
(Denys. Purpura chronique à grandes ecchymoses).

Les globules rouges ont tous la même grandeur et la même intensité de coloration. Ils s'empilent bien. A la numération il y a 4.680.000 par mm^3 .

Les globules blancs ne présentent non plus rien de pathologique ni pour le nombre ni pour les diverses variétés, du moins autant que le révèle un examen fait sans l'aide de colorants spéciaux.

Par contre, on est frappé de la rareté des plaquettes (hématoblastes).

Ainsi dans une préparation colorée au violet de méthyl et examinée à l'endroit où la goutte a été déposée, nous ne trouvons qu'une dizaine de ces éléments par champ microscopique. Dans une préparation de notre sang le champ du microscope en est constellé. Leur numération n'a pas été faite à cause de leur altérabilité rapide.

Pourtant le 6 Juin on a fait leur numération en prenant pour point de départ les globules blancs qui ne présentaient ni diminution ni augmentation sensible dans leur nombre. Ce dénombrement a été fait à l'endroit où la goutte de sang a été déposée.

Nous avons trouvé en moyenne une plaquette (hématoblaste) pour trois globules blancs. Or on sait qu'à l'état physiologique il y a 40 hématoblastes pour un globule blanc.

P. S. La rétractilité du caillot sanguin n'a pas été cherchée dans ce cas non plus.

Que résulte-t-il des ces nombreux examens du sang ?

Nous croyons pouvoir affirmer que dans tous les cas de purpura appartenant à la variété clinique que nous décrivons sous le nom de purpura chronique à grandes ecchymoses, le sang présente un certain nombre d'altérations, dont quelques-unes sont constantes.

La description de toutes ces lésions, peut être résumée de la manière suivante :

A. — Modifications des éléments figurés du sang.

1° *Diminution du nombre des hémotoblastes.* Cette diminution est généralement assez considérable pour qu'elle puisse être appréciable par un examen microscopique simple sans avoir recours à l'aide de l'hématimètre.

2° Les globules rouges présentent des modifications morphologiques légères. Leur nombre est généralement au-dessous de la normale. Dans un seul cas (Lenoble) la présence des globules rouges à noyau a été signalée.

3° Pas de leucocytose. Dans deux cas (Observ. I et II), le nombre des globules blancs éosinophiles paraissait augmenté.

4° La valeur globulaire G, ou la moyenne de la quantité d'hémoglobine contenue dans chaque globule, diminuée.

B. — Modification de la coagulation.

5° Coagulabilité normale. Dans l'immense majorité des cas, l'hémostase à la suite des piqûres a été spontanée.

6° Absence de rétractilité du caillot et absence d'exudation de sérum après la coagulation du sang.

Parmi toutes ces lésions deux sont constantes: la diminution du nombre des hémato blasts, et l'absence de transsudation de sérum après la coagulation du sang.

La première de ces lésions, la diminution du nombre des hémato blasts dans le purpura hémorragique, a été constatée pour la première fois par Denys de Louvain en 1887.

La coexistence de la diminution du nombre des hémato blasts, avec l'absence de rétraction du caillot sanguin, a été décrite pour la première fois par M. le professeur Hayem, en 1895.

Cette double lésion a été trouvée par cet auteur dans certains cas de purpura, dans l'anémie pernicieuse proto-pathique, la cachexie paludéenne, etc.

Elle constitue l'altération principale et caractéristique du sang dans la variété de purpura que nous étudions, et jusqu'à un certain point elle peut expliquer les phénomènes morbides qui caractérisent cette affection.

Quant aux autres modifications du sang, comme la diminution du nombre des globules rouges, leur légère déformation, la diminution du taux de l'émoglobine, par exemple, ce sont des modifications qui n'ont rien de caractéristique dans l'affection qui nous occupe; elles constituent simplement l'indice d'un certain degré d'anémie.

Pour M. Hayem, la non rétractilité du caillot, et l'absence d'exudation de sérum qui en découle, sont la conséquence de la rareté des hémato blasts. L'expérience suivante imaginée par lui, l'établit clairement: « Lors-

« qu'après avoir détaché chez un cheval la veine jugulaire
« externe, pleine de sang, on suspend cette veine verti-
« calement, on obtient deux couches : une inférieure, où
« viennent se déposer les globules rouges du sang, et
« une supérieure formée par le plasma sanguin, conte-
« nant de nombreux hémato blastses en suspension.
« Recueillez dans un verre à expérience une certaine
« quantité de plasma, et dans un autre, une portion du
« même plasma filtré à 0°, et par conséquent aussi com-
« plètement dépourvu que possible des hémato blastses
« qu'il renfermait. Dans ces conditions, le plasma non
« filtré se coagule avant le plasma filtré. Puis, tandis
« que le caillot du plasma non filtré (qui contient les héma-
« to blastses) se rétracte assez rapidement en abandonnant
« une quantité assez considérable de sérum, le caillot du
« liquide filtré ne subit aucune modification. »

Mais il existe quelques affections, comme la pneumonie, la fièvre typhoïde, dans lesquelles on peut trouver un caillot non rétractile sans diminution du nombre des hémato blastses. Pour expliquer la non rétractilité du caillot dans ces cas, M. Hayem fait intervenir une modification qualitative de la fibrine.

L'absence de transsudation de sérum, après la coagulation du sang est une lésion qui a pu être reproduite expérimentalement chez le chien. M. Gley (1) au cours de ses recherches sur l'action anticoagulante de la peptone en injections intraveineuses, a eu plusieurs fois l'occasion de remarquer que lorsque cette action s'est montrée faible ou incomplète, le sang de l'animal se coagule *in vitro*,

(1) *Société de Biologie*, 14 mai 1892.

mais le coagulum ne se rétracte pas et il n'y pas de transsudation de sérum.

Malheureusement nous n'avons aucun renseignement sur l'état des hémato blasts dans ces cas. Pourtant il serait intéressant de savoir s'il y a diminution de leur nombre. De cette façon on aurait encore une autre preuve irréfutable de l'action des hémato blasts sur la rétractilité du caillot. Mais en tout cas, cette expérience montre, qu'une substance toxique, *non microbienné*, introduite dans le courant circulatoire, est capable de produire des lésions du sang analogues à celles qu'on observe dans le purpura qui nous occupe.

Nous venons de voir jusqu'à présent quelles étaient les altérations du sang dans le purpura chronique à grandes ecchymoses. Ces altérations doivent nécessairement jouer un grand rôle dans la pathogénie des hémorragies muqueuses et des suffusions cutanées de cette affection. Mais d'après quel mécanisme ?

Cette question qui n'est pas complètement élucidée a été étudiée par plusieurs auteurs, et surtout par MM. Hayem (1) et Denys (2).

M. Hayem en injectant dans les vaisseaux d'un animal, du sérum provenant d'un animal appartenant à une autre espèce, a pu déterminer une maladie hémorragique, ayant les plus grandes analogies avec le purpura hémorragique. Les manifestations hémorragiques dans ces cas ont pour origine une variété de coagulation appe-

(2) HAYEM. Purpura. *Presse médicale*, 1895 et *C. R. de l'Académie des Sciences*. Paris 1888. t. 107.

(3) DENYS. *Cellule*, 1887.

lée coagulation par précipitation grumeleuse. Les noyaux de formation de ces grumeaux ou concrétions, sont formés par des amas d'hématoblastes, et les animaux soumis à ces expériences ont le sang appauvri en ces éléments. Ces concrétions embolissent les vaisseaux et donnent naissance à des infarctus hémorragiques multiples surtout dans les organes internes.

À la suite de ces expériences, Denys qui avait remarqué déjà la rareté des hématoblastes dans un cas de purpura à grandes ecchymoses, a cherché à expliquer les hémorragies dans cette affection, par un mécanisme analogue. Pour lui, la diminution du nombre des hématoblastes, serait due à la précipitation de ces éléments sous forme de concrétions. Ces concrétions obstruant les vaisseaux, provoqueraient les hémorragies muqueuses et les suffusions cutanées du purpura, comme dans l'expérience de M. Hayem. Certaines formes de purpura seraient d'après lui une maladie des plaquettes (hématoblastes).

M. Hayem est moins affirmatif. Pour lui la rareté des hématoblastes ne peut rendre compte que jusqu'à un certain point de la production des hémorragies et des ecchymoses dans le purpura.

On sait le rôle important qu'il attribue aux hématoblastes dans l'arrêt des hémorragies par plaie vasculaire. Dans ces cas, l'hémostase spontanée est due à l'obturation de la solution de continuité de la paroi vasculaire, par un bouchon cruorique appelé clou hémostatique. Ce bouchon est formé presque exclusivement par des hématoblastes altérés, visqueux et cohérents.

« Il est évident, dit-il, que dans les cas où le nombre

des hémato blasts sera diminué, le bouchon hémato blastique se formera plus difficilement. Mais il n'est pas démontré que la difficulté de l'hémostase soit la cause des manifestations hémorragiques. Elle peut permettre de comprendre les ménorragies, peut-être aussi les épistaxis par lésion de la muqueuse soit utérine, soit nasale, mais elle explique plus difficilement les pétéchi es et les ecchymoses (1). »

Silbermann et Béna (2), qui font jouer à l'altération du sang un rôle prépondérant dans la production des hémorragies dans le purpura, attribuent à l'extrême vulnérabilité des globules, la cause des hémorragies dans cette affection.

Dans les cas qu'ils ont étudiés, ils ont trouvé des lésions du sang tout-à-fait différentes de celles que nous venons de décrire. Coagulation normale; *nombre des hémato blasts, très augmenté*. Par contre, globules rouges et blancs extrêmement friables. A cause de leur extrême vulnérabilité ils produiraient par leur destruction rapide dans le courant circulatoire, des oblitérations vasculaires par embolies ou thromboses et consécutivement des lésions inflammatoires ou dégératives des parois vasculaires. Toutes ces lésions expliquaient donc facilement les hémorragies et les extravasations de la peau dans ces cas. Cette théorie assez séduisante paraît en contradiction formelle avec les opinions émises par MM. Hayem et Denys sur la pathogénie probable du purpura hémorragique. Les lésions du sang sont en outre complètement différentes de celles que nous avons trouvées.

(1) G. HAYEM. Du purpura. *Presse médicale*, 1895, p. 233.

(2) BÉNA. *Thèse* Paris, 1896.

Nous croyons pourtant que ces contradictions ne sont qu'apparentes.

Les cas sur lesquels ont porté les recherches de Silbermann et Béné, et sur la variété clinique desquels, ils n'insistent pas, sont des cas de *purpura rhumatoïde*. On n'a qu'à lire pour s'en convaincre les observations publiées par Béné dans sa thèse et décrites sous le nom de *purpura hémorragique*. Tandis que, les cas qui nous ont servi pour l'examen du sang, examen dont les résultats sont si différents de ceux trouvés par Silbermann et Béné, appartiennent à une variété clinique différente, à la variété que nous avons appelée *purpura chronique à grandes ecchymoses*.

Or, il est évident d'après ce que nous venons de voir, que les lésions du sang et probablement la pathogénie du purpura ne sont pas les mêmes pour toutes les variétés cliniques de cette affection.

Ceci prouve une fois de plus les confusions qui peuvent résulter de l'emploi de l'ancienne terminologie de purpura hémorragique, ou purpura simplex, dans l'étude de cette affection.

Dans le résumé que nous avons donné, relativement aux altérations du sang dans l'affection qui nous occupe nous n'avons fait aucune mention de la vulnérabilité des globules. Dans les cas que nous avons eu l'occasion d'étudier personnellement, nous ne l'avons pas recherchée d'une manière rigoureuse. Mais nous avons des raisons pour croire qu'elle existait.

En effet, nous avons remarqué, en faisant la numération des globules, que le sang dilué dans un liquide ayant la composition suivante : Eau distillée 250 gr.,

sulfate de soude 3 grammes et chlorure de sodium 1 gr., présentait des altérations morphologiques globulaires, assez prononcées, tandis que sur les préparations de sang sec, ces altérations étaient absentes. Nous pensons donc que dans le premier cas, la déformation des globules (globules rouges crénelés, en cornue, à prolongement tentaculaire) était due à leur altérabilité exagérée par l'eau distillée du liquide de dilution. Si nous insistons sur ces détails, c'est parce que nous croyons qu'à côté de l'état anématoblastique du sang, l'altérabilité des globules n'est pas étrangère à la production des hémorragies dans le purpura que nous étudions.

Nous ne parlerons pas du rôle des lésions vasculaires dans la pathogénie de cette affection. Ces altérations ainsi que celles que pourraient présenter les autres organes, le rein et le foie en particulier sont inconnues. Les lésions vasculaires qu'on a décrites dans le purpura, telles que la capillarité desquamative, l'endartérite, l'angiectasie des vaisseaux papillaires, se rapportent à des cas appartenant à d'autres variétés que celle que nous nous sommes proposé d'étudier.

Après avoir vu les altérations que présente le sang dans le purpura chronique à grandes ecchymoses, après avoir exposé les diverses théories qu'on a imaginées pour expliquer les hémorragies muqueuses et les extravasations cutanées qui constituent les seuls symptômes morbides de cette affection, il est temps de nous demander quelle est la cause primitive de ces altérations sanguines ?

S'agit-il d'une infection microbienne ou d'une auto-intoxication de nature différente ?

En d'autres mots quelle est la nature de cette affection?

La nature infectieuse de la plupart des variétés de purpura a été surabondamment démontrée. Ce syndrome se rencontre à titre de complication dans beaucoup de maladies sur la nature infectieuse desquelles il n'y a plus de doute comme les fièvres éruptives par exemple.

On l'a vu coïncider aussi avec d'autres infections comme l'amygdalite infectieuse. Il a pu être reproduit expérimentalement chez les animaux (1). Ils sont nombreux aussi les cas dans lesquels divers microbes ont été trouvés dans le sang des purpuriques.

Mais dans tous ces cas, la symptomatologie était tout à fait différente de celle que nous venons de voir, dans la variété de purpura qui nous occupe.

En effet, à côté des hémorragies muqueuses et des ecchymoses, on voit dans ces cas se dérouler toute la symptomatologie qui caractérise les infections : fièvre, albuminurie, œdème, arthropathie, manifestations digestives diverses, adynamie, ou du moins quelques-uns de ces symptômes. Rien de semblable dans les cas que nous présentons.

Si quelquefois (comme dans l'obs. II par exemple) on voit apparaître un certain mouvement fébrile, il est passager, et survient à titre de phénomène purement épisodique, explicable par une infection secondaire quelconque (malpropreté du tampon nasal dans l'observation II) et n'ayant aucun rapport avec le purpura.

Autrement, la température reste normale pendant les mois et les années que dure l'affection, et, en dehors des

(1) CHARRIN. *Société de Biologie*, 14 mai 1892.

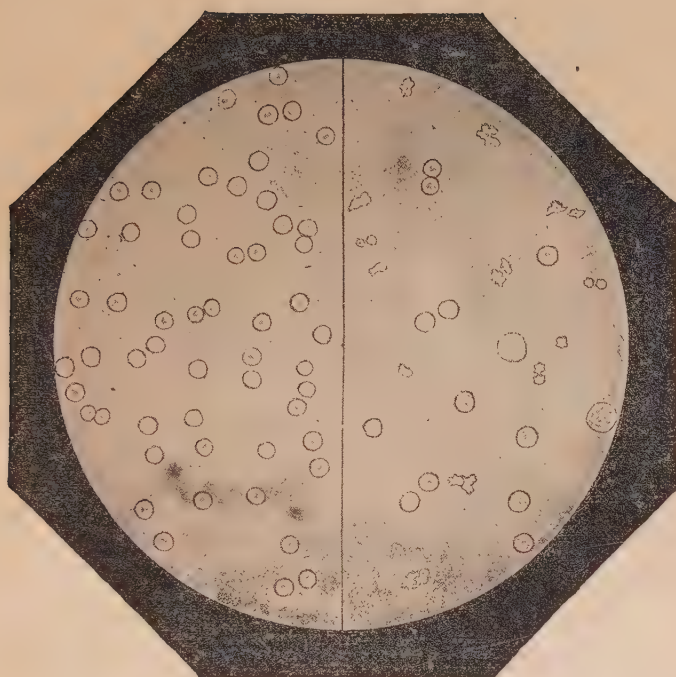
hémorragies muqueuses et de l'éruption ecchymotique aucun autre symptôme ne trahit la maladie.

Dans ces conditions et jusqu'à de nouvelles recherches, nous ne pouvons pas considérer cette variété de purpura comme étant de nature infectieuse.

Il est probable au contraire comme M. Hayem paraît le croire « que l'état du sang dans cette affection soit sous la dépendance d'un vice dans l'élaboration des matériaux nutritifs ou de l'introduction dans le sang sous l'influence d'un trouble digestif de substances toxiques capable d'entraîner la modification des hémato blastes et peut-être la formation de coagulation par précipitation. »

Cette hypothèse paraît d'autant plus probable, que nous venons de voir dans les expériences de M. Gley, qu'une substance toxique d'origine non-microbienne, la peptone, introduite dans le courant circulatoire du chien, est capable de produire des lésions du sang ayant les plus grandes analogies avec les lésions qui caractérisent le purpura chronique à grandes ecchymoses.

En résumé, après l'énumération des faits qui précèdent, nous sommes amené à conclure que le purpura chronique à grandes ecchymoses est une affection dyscrasique, et que les hémorragies muqueuses et l'éruption qui le caractérisent sont très probablement sous la dépendance d'une autointoxication gastro-intestinale. Ces hémorragies sont dues d'après toutes les probabilités à la précipitation des hémato blastes, précipitation capable de déterminer l'oblitération des capillaires et consécutivement leur rupture. Les globules du sang dont l'altérabilité paraît augmentée, doivent contribuer aussi pour une large part à la formation de ces embolies.



B

B'



A



A'

(1) *État du sang dans le purpura chronique à grandes ecchymoses.*

A. Caillot non rétractile; — B. Préparation de sang sec ne montrant que des globules rouges, il n'y a pas d'hématoblastes.

(2) *État du sang dans le purpura rhumatoïde.* (Cet état ne diffère de l'état normal de sang, que par une légère augmentation du nombre des hématoblastes).

A'. Caillot rétractile, noyé dans sérum. — B'. Préparation de sang sec montrant, outre des globules rouges et deux globules blancs, un assez grand nombre d'hématoblastes.

(1, 2) Ces figures sont reproduites d'après M. Bensaude (*Manuel de Diagnostic Médical*, Debove. Achard. Article Sang).

CHAPITRE IV

SYMPTOMES

L'affection que nous décrivons débute d'emblée, sans aucun prodrome.

Le plus souvent c'est par une épistaxis ou une série d'épistaxis abondantes, inaccoutumées, qu'est attirée l'attention des malades.

Dans d'autres cas, le premier symptôme de l'affection est constitué par une éruption purpurique formée de grandes ecchymoses ressemblant à des « bleus » apparaissant spontanément sur diverses parties du corps.

Enfin, il n'est pas rare de voir l'hémorragie et l'éruption purpurique apparaissant toutes les deux en même temps.

L'état général n'étant pas influencé, les malades ne souffrant pas, il arrive parfois, chez les enfants surtout, qu'un pur hasard seul, fait découvrir les premiers symptômes.

Lorsque l'affection se trouve à sa période d'état, elle

est caractérisée par deux symptômes principaux : une éruption purpurique à caractères spéciaux et des hémorragies muqueuses.

Ces poussées hémorragiques du côté de la peau et des muqueuses, constituent presque toute la symptomatologie de cette affection.

Car, contrairement à ce qu'on voit dans les autres variétés de purpura, l'état général reste normal : La fièvre, la douleur sont nulles, et l'examen clinique des organes ne décèle aucun trouble fonctionnel pendant toute la durée de la maladie.

Eruption

L'éruption purpurique est caractérisée surtout par de grandes ecchymoses, présentant l'aspect des ecchymoses traumatiques et par des pétéchies. « Quand on fait deshabiller l'enfant qui présente cette éruption, dit M. Marfan, quand on voit toutes ces vastes taches violettes ou noirâtres, on a l'impression que l'enfant a été roué de coups. »

Ecchymoses. — Les ecchymoses sont variables comme forme, grandeur, et coloration. Généralement rondes, à contour nettement limité, ou indécis, leurs dimensions varient entre celles d'une pièce de 50 centimes et d'une pièce de 5 francs.

Quelquefois elles peuvent atteindre la grandeur de la paume de la main.

Leur coloration varie également. Elle est en rapport avec l'âge de l'ecchymose. Noirâtres, violettes, ou d'un

rouge lie de vin au moment de leur apparition, les ecchymoses changent de coloration les jours suivants, en passant successivement par le bleu, vert foncé, vert pâle, jaune, jusqu'à leur complète disparition.

Quelques-unes sont d'emblée, verdâtres ou jaunâtres.

La durée moyenne de chaque tache est de 5 à 10 jours. Rarement nous avons vu leur durée se prolonger plus longtemps. Cette durée est proportionnelle à leur grandeur et à l'intensité de leur coloration.

Elles ne s'effacent pas par la pression, ne sont pas douloureuses, et ne font aucun relief à la surface de la peau.

Leur apparition se fait par poussées successives et subintrantes, de manière qu'on peut voir sur le même individu des ecchymoses de différent âge.

Leur apparition n'est accompagnée d'aucun phénomène subjectif.

La sensibilité est normale au niveau des taches.

Exceptionnellement elles deviennent douloureuses à la pression ou spontanément.

Nous les avons remarquées sur toutes les parties du corps : sur les membres, le thorax, la figure.

Le nombre d'ecchymoses qu'on peut trouver à un moment donné sur le corps des malades n'est pas très grand.

Au moment où la poussée hémorragique du côté de la peau atteint son maximum, on peut compter jusqu'à quinze de ces éléments, ayant une coloration et des dimensions différentes.

Pétéchies. — Les pétéchies ne présentent rien de par-

ticulier dans cette affection. Elles sont rondes, de coloration rouge sang, ne disparaissent pas à la pression. Généralement petites comme la pointe d'une épingle, elles forment par leur agglomération, des taches rouges ayant les dimensions des ecchymoses, ou ce qui arrive le plus souvent, des bandes allongées (vibices) surtout aux endroits où le tégument est exposé aux frottements. Quelquefois leurs dimensions sont plus grandes et leur volume peut atteindre celui d'une lentille. On les trouve sur toutes les parties du corps ; membranes, thorax, figuré, cuir chevelu. Les muqueuses ne sont pas épargnées. C'est surtout sur la muqueuse buccale qu'on les trouve de préférence, et particulièrement à la face interne des joues au niveau des arcades dentaires. Nous les avons vues également sur la langue et la voûte palatine.

Dans les autres cas que nous relatons, elles ont été vues sur les lèvres et exceptionnellement sur la conjonctive.

Sur la muqueuse buccale elles sont rondes, un peu plus petites qu'une lentille et recouvertes généralement par du sang noirâtre, desséché.

Les pétéchiies apparaissent par poussées successives comme les ecchymoses ; mais elles disparaissent beaucoup plus vite, la durée moyenne de chaque élément n'étant que de deux ou trois jours.

L'éruption pétéchiiale cutanée, est beaucoup moins importante dans la variété de purpura que nous décrivons, que les ecchymoses. Elle peut manquer (Obs. I). Dans ces cas l'éruption purpurique n'est constituée que par des ecchymoses.

Hémorragies.

Les hémorragies muqueuses constituent un des principaux symptômes du purpura chronique à grandes ecchymoses.

En consultant les observations que nous publions on voit qu'elles appartiennent par ordre de fréquence aux variétés suivantes : Epistaxis, stomatorragies, métrorragies, entérorragies. Les hématuries, les hématomés, et les hémoptysies n'ont jamais été signalées, de même que les hémorragies séreuses.

Epistaxis. — C'est l'hémorragie la plus fréquente. Elle apparaît généralement sans cause appréciable ; d'autrefois à la suite d'un traumatisme accidentel ou opératoire (obs. III).

Rebelles et abondantes habituellement, elles résistent aux traitements hémostatiques usuels, et ne cèdent qu'à la suite de l'application d'un double tamponnement des fosses nasales. Quelquefois elles sont moins copieuses, et s'arrêtent plus facilement.

Stomatorragies. — Relativement fréquentes, les hémorragies buccales ne sont jamais très abondantes. C'est plutôt un suintement lent, insignifiant comme quantité de sang perdu. Le sang sort des gencives au niveau de la sertissure des dents qui ne sont nullement ébranlées à causes de ces hémorragies. La muqueuse gingivale est toujours saine. Ces hémorragies dont la source peut-être attribuée également aux pétéchies buccales exoriées, se trouvent exagérées par la mastication des aliments durs.

Métrorragies. — Dans les observations que nous repro-

duisons on trouve cette variété d'hémorragie mentionnée chez deux malades (Obs. V et VIII). Dans un de ces cas les pertes de sang étaient assez considérables (Obs. VIII). La malade était rentrée à l'hôpital pour soigner cette métrorragie, lorsqu'on s'aperçut quelque temps après de l'existence de l'éruption purpurique.

Entérorragies. — Les hémorragies intestinales sont moins fréquentes que les précédentes. Les selles sont tantôt noirâtres, tantôt rouges, sanglantes. Elles n'occasionnent pas de douleur. Leur abondance n'est pas très grande. Chez un des malades que nous avons eu l'occasion d'étudier, l'apparition de l'hémorragie intestinale s'était accompagnée d'une élévation de température assez notable, due probablement à des fermentations anormales survenues à l'occasion de l'épanchement sanguin dans l'intestin.

En effet nous avons vu la fièvre disparaître avec l'hémorragie. L'abondance de ces hémorragies est variable. Chez notre malade elle s'est produite deux fois pendant onze mois, durant chaque fois trois ou quatre jours.

Nous n'avons jamais remarqué, ni hématémèses, ni hématurie, ni hémoptysies.

Elle ne sont pas non plus mentionnées dans les autres observations que nous reproduisons.

Etat général.

Il est intéressant de constater que, malgré l'éruption ecchymotique, malgré les hémorragies répétées et abondantes qui prouvent une altération profonde de l'orga-

nisme, l'état général des malades n'est nullement influencé. Bien sûr, lorsqu'il y a des hémorragies abondantes on peut constater de la faiblesse, la pâleur du visage, la petitesse du pouls, comme dans toute déperdition copieuse de sang. Cela n'a rien de particulier dans cette affection.

Pendant toute la durée de la maladie on ne constate pas de fièvre. Quand elle existe, comme dans l'observation II elle est passagère, et ne constitue qu'un symptôme épisodique, un accident au cours de la maladie sans rapport avec celle-ci.

Dans le cas auquel nous faisons allusion, elle était due à la malpropreté des tampons qu'avaient séjourné dans les fosses nasales pendant plusieurs jours. Cette cause d'infection supprimée, la fièvre disparut. Une autre fois chez le même malade on voit un mouvement fébrile coïncider avec une hémorragie intestinale et disparaître avec celle-ci. Mais dans tous les autres cas la fièvre a fait défaut pendant toute la durée de l'affection. Non seulement cette affection est apyrétique, mais en dehors des poussées hémorragiques dont nous avons parlé on ne constate aucun autre symptôme morbide concomitant. Les fonctions digestives sont bonnes. Appétit conservé. Pas de diarrhée. Aucune douleur ni dans les jointures ni ailleurs. Pas d'amaigrissement.

Le seul phénomène subjectif anormal qu'on ait observé à certains moments de l'affection, chez les adultes surtout, c'est une sorte de lassitude générale, et quelquefois de la faiblesse dans les membres inférieurs.

Ces troubles, nous ne les avons pas constatés dans les

cas que nous avons vus et ils manquent généralement chez les enfants.

Marche et durée.

Le purpura chronique à grandes ecchymoses, est une affection chronique d'emblée.

Après un début qui peut être variable, comme nous venons de le voir, lorsque l'éruption purpurique est établie, on voit les hémorragies muqueuses se produire à des intervalles plus ou moins éloignés, tandis que l'éruption purpurique par des poussées successives et subintrantes se prolonge pendant des mois, sans que tous ces phénomènes morbides retentissent sur l'état général des malades. On observe quelquefois des rémissions de courte durée. Sous l'influence du repos, du traitement, les poussées hémorragiques disparaissent plus ou moins complètement pendant quelque temps, pour reparaitre de nouveau sous l'influence de la marche, des exercices, de la vie active en un mot.

Ainsi évolue cette maladie dont la durée est indéterminée, variant entre cinq et 12 mois et pouvant atteindre exceptionnellement plusieurs années.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC, ETIOLOGIE, PRONOSTIC, TRAITEMENT

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de cette affection est généralement très facile.

Il est basé sur la présence de l'éruption purpurique spéciale dont nous avons parlé, sur la fréquence des hémorragies muqueuses et sur l'absence de fièvre et de tout symptôme morbide concomitant. L'examen du sang peut donner aussi des renseignements d'une incontestable valeur diagnostique, vu que la diminution du nombre des hémato blastes et la non transsudation de sérum après la coagulation du sang sont deux lésions qui ne font jamais défaut dans cette variété de purpura.

Pourtant il ne faut pas oublier que cette double lésion ne constitue pas un signe pathognomonique de cette affection, et qu'elle peut aussi être rencontrée dans d'autres maladies, ainsi que dans d'autres variétés de purpura (Hayem, Bensaude).

Le diagnostic différentiel de cette affection doit être

fait avec toutes les affections hémorragipares et avec les autres variétés cliniques de purpura.

Au chapitre II, à l'occasion des discussions relatives à la définition clinique de cette affection, nous avons assez insisté sur ce sujet. Pour éviter les rédites, nous ne reviendrons plus sur ces questions.

Mais nous ne pouvons clore ce chapitre sans rappeler que quelquefois le diagnostic peut donner lieu à des méprises ayant une grande importance médico-légale. Nous voulons parler de l'erreur qu'on peut commettre en prenant les ecchymoses de cette affection pour des ecchymoses traumatiques suite de violences, surtout chez les enfants.

L'erreur a été commise. Le cas publié par M. le Dr Descoust à la Société de Médecine légale de France en 1885 est tellement instructif à ce point de vue que nous croyons utile de le reproduire :

Le 15 mars 1883, M. le Dr Descoust fait, sur l'ordre du parquet de la Seine, l'autopsie d'un enfant du sexe masculin âgé de 11 ans admis d'urgence le 13 mars à l'hôpital des Enfants et mort subitement le même jour, une demi heure après son entrée. Voici son histoire :

OBSERVATION

Il s'agit d'un jeune garçon qui, à la suite d'habitudes de vagabondage, avait été placé par son père à l'école Crozatier située à Villepreux et appartenant à la Société de protection de l'enfance abandonnée.

Entré dans cet établissement le 15 février 1883, il y reste jusqu'au 6 mars ; à cette époque le président de la Société

écrit au père de l'enfant déjà souffrant au moment de son entrée, que l'état de santé de celui-ci s'est aggravé au point de nécessiter son admission dans un hôpital. Sa lettre se termine par l'avis qu'on lui conduira le lendemain 7 mars, son enfant.

Le père aussitôt après l'arrivée de son fils, le présente à la consultation de l'hôpital Baujon ; il n'est pas admis en raison de son jeune âge ; *il n'est même pas, dit le commissaire dans son rapport, reconnu assez malade pour obtenir une ordonnance médicale.*

Conduit le samedi, 10 mars à la consultation de l'hôpital des Enfants, il n'est pas trouvé assez malade pour être admis. Les nombreuses taches bleuâtres, offrant l'aspect de contusions ecchymotiques, dont l'enfant était couvert, sont considérées à la consultation comme le *résultat de mauvais traitements.*

Ramené dans sa famille, l'enfant est vu deux ou trois fois par un médecin qui fait le même diagnostic :

Contusions suite de violences.

Enfin, dans la nuit du 12 au 13 mars, l'enfant est pris d'épistaxis et de vomissements sanguins abondants ; conduit à l'hôpital des Enfants il est admis d'urgence dans la journée du 13 mars ; entré à 3 heures et demie de l'après midi, il meurt le même jour à 4 heures. Avisé de cette mort rapide le commissaire de police du quartier, délègue le Dr X. pour établir les causes du décès.

Voici les conclusions du rapport de ce médecin, conclusions faites, après l'examen extérieur du cadavre seulement :

Je conclus que cet enfant est décédé à la suite de lésions internes dont la nature ne saurait être établie que par une autopsie et que les ecchymoses des diverses parties du corps sont le *résultat de violences extérieures antérieures à la mort.*

En présence de ce rapport, le commissaire de police n'hésita pas à inculper les parents d'avoir causé par « de mauvais traitements » la mort de leur enfant.

C'est alors que l'autopsie fut ordonnée par le parquet.

Voici les conclusions du rapport de M. le Dr Descoust, à la suite de cette autopsie.

1^o La mort de D... a été causée par des hémorragies multiples, nasales, bronchiques, stomacales, et intestinales, occasionnées par une diathèse hémorragique, offrant tous les caractères de l'état pathologique, connu sous le nom de maladie de Werlhof ou peliose rhumatismale.

2^o Les nombreuses taches ecchymotiques constatées sur les diverses parties du corps doivent être attribuées à cette diathèse hémorragique plutôt qu'à des coups récemment portés.

3^o L'état du cadavre de cet enfant n'indique pas que celui-ci ait été mal ou insuffisamment nourri.

Ces conclusions eurent pour résultat l'abandon par le parquet de l'inculpation de « mauvais traitements » portée contre les parents de cet enfant par le commissaire de police.

Mais que serait-il arrivé, se demande M. Descoust, si l'enfant, au lieu de mourir avait guéri de la maladie dont il était atteint ?

Il eut été bien difficile pour les parents d'échapper à la poursuite judiciaire résultant de l'inculpation portée contre eux, d'autant plus que celle-ci reposait sur des constatations médicales faites non seulement en ville mais aussi à la consultation de deux hôpitaux.

Comment éviter l'erreur dans les cas de cette nature ?

Il faut se rappeler que dans l'affection qui nous occupe les ecchymoses sont fréquemment accompagnées de pétéchies. En conséquence, il faut examiner soigneusement toute la surface du corps et surtout la muqueuse buccale sur laquelle il est fréquent de trouver quelques pétéchies rondes, un peu plus petites qu'une lentille, et recouvertes généralement d'une couche de sang, coagulé, noirâtre.

Dans les cas douteux on n'a qu'à tenir le malade en

observation pendant quelque temps, afin de pouvoir surprendre sur place, l'apparition des ecchymoses.

Pour que le diagnostic différentiel soit complet nous devons ajouter que des ecchymoses spontanées, accompagnées ou non d'hémorragie, peuvent exister aussi dans l'hystérie (1) et même dans la neurasthénie (2). Mais dans ces cas il est extrêmement rare que ces névroses soient monosymptomatiques, et qu'en dehors de ces manifestations hémorragiques, il n'existe pas d'autres symptômes spéciaux à deux affections.

ÉTIOLOGIE

Causes occasionnelles. Causes prédisposantes.

— Au chapitre III, en étudiant la pathogénie et la nature du purpura chronique à grandes ecchymoses, nous avons vu que cette affection est probablement due à une auto-intoxication d'origine gastro-intestinale.

De même que sa cause déterminante qui n'est pas jusqu'à présent complètement élucidée, sa cause occasionnelle aussi nous échappera presque toujours.

En effet, dans les cas que nous publions, nous voyons presque invariablement l'affection paraître au cours d'une santé parfaite, sans qu'on puisse saisir la moindre cause occasionnelle. Une seule fois, dans le cas relaté dans l'observation II, cette cause peut être attribuée au trau-

(1) GILLES DE LA TOURETTE. F. I. Ecchymoses spontanées hystériques.

(2) HOUX DE LA BROUSSE. (*Thèse*, Paris 1898).

matisme, à la frayeur, ou à l'action combinée de ces deux causes à la fois.

Parmi les *causes prédisposantes*, l'âge a certainement une certaine influence. Cette affection est plus fréquente chez les enfants. On la voit surtout chez les enfants âgés de plus de cinq ans. Elle est plus rare chez les adultes, exceptionnelle chez les vieillards. Sur nos onze observations sept se rapportent à des enfants âgés de 6 à 15 ans, et le reste à des adultes, sauf une seule qui est relative à un cas observé chez un vieillard.

Quant au sexe, nos observations sont trop peu nombreuses pour que nous puissions rien affirmer. Tout ce que nous pouvons dire c'est que sur nos onze malades, six sont du sexe féminin.

L'hérédité et les conditions hygiéniques ne paraissent jouer aucun rôle comme *causes prédisposantes*. Et effectivement, la première de ces causes fait défaut et quand aux conditions hygiéniques nous les avons trouvées satisfaisantes dans tous les cas qui nous ont servi à l'étude de cette affection.

PRONOSTIC

Le pronostic du purpura chronique à grandes ecchymoses est généralement bénin. Malgré sa longue durée cette affection n'est pas cachectisante. Son influence sur l'état général est presque nulle. La seule complication sérieuse, le seul point sombre dans le pronostic de cette

affection sont les hémorragies muqueuses. Non seulement elles constituent une cause de débilité par leur fréquence et par leur abondance, mais elles peuvent déterminer la mort par leur multiplicité. Ces cas sont extrêmement rares. Nous n'en connaissons qu'un (cas de Descoust page 64). Le malade dont il s'agit, il est vrai, n'avait suivi aucun traitement, il n'avait même pas gardé le repos durant sa maladie. Mais habituellement lorsque les malades sont traités convenablement, la guérison est la règle. La quantité de sérum exudé après la coagulation du sang, et le nombre des hémato blasts, constatés dans le sang étant proportionnel (1) à l'intensité des manifestations hémorragiques peuvent constituer un élément de pronostic, assez important.

TRAITEMENT

Le traitement du purpura chronique à grandes ecchymoses doit être local et général.

On combattra les différentes hémorragies muqueuses, épistaxis, entérorragies, stomatorragies, par les moyens thérapeutiques habituels. Ce traitement n'a rien de particulier dans cette affection. Nous n'insisterons donc pas sur ce sujet.

Le traitement général devrait répondre à deux indications:

1° Soustraire les malades aux causes qui pourraient

(1) BENS AUDE. *Bulletins et mémoires de la société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 15 janvier 1897.

aggraver la maladie (telles que la marche, les exercices, etc.) en favorisant l'éclosion des poussées hémorragiques.

Pour répondre à cette première indication, le repos et surtout le repos au lit sont indispensables.

2° Annihiler la cause de cette affection, tâcher de modifier l'état pathologique du sang.

Malheureusement la cause même de cette affection étant incomplètement élucidée nous ne disposons en conséquence d'aucun moyen qui puisse agir sur elle.

Mais l'expérience a démontré qu'elle est favorablement influencée par l'action du chlorure de calcium administré à l'intérieur. En effet, on constate que sous l'influence de ce médicament et du repos, les hémorragies deviennent beaucoup plus rares, moins abondantes, moins opiniâtres et les ecchymoses disparaissent à la longue. Ce médicament agissant lentement, on doit l'administrer pendant des semaines entières. Il est du reste très bien supporté même par les enfants, et s'élimine facilement par l'urine.

Voici la formule que préconise M. Marfan :

Eau distillée.....	300 grammes
Chlorure de calcium....	8 grammes

Une cuillerée à soupe, dans un verre d'eau rempli aux trois quarts, avant chacun des deux grands repas.

Quant à son mode d'action nous ne pouvons faire que des suppositions :

Authus (Archives de physiologie, 1890) a démontré que la présence de sels de calcium dissous est une condition nécessaire à la coagulation. Le sang décalcifié ne se coagule pas.

Un an après ces découvertes, Wright, a démontré par des expériences nombreuses sur des animaux, que ce sel est non seulement un hémostatique local puissant, mais aussi un coagulant général du sang.

En faisant absorber à des chiens du chlorure de calcium dissout dans de l'eau, il a constaté que hors des vaisseaux, le sang de ces animaux devenait beaucoup plus coagulable qu'à l'état normal.

Ces expériences l'ont conduit à l'emploi du chlorure de calcium dans le traitement de l'hémophilie. Les résultats ont été très satisfaisants. Ce traitement a été employé par analogie dans le purpura qui nous occupe.

Mais si on peut concevoir le mode d'action de ce sel dans une affection hypocoagulante comme l'hémophilie, et qui est peut-être due à l'absence de ce sel dans le sang, il est plus difficile de comprendre son rôle dans le purpura qui nous occupe. Nous avons vu, en effet, que dans cette dernière affection, la coagulabilité est normale, et que par conséquent le sang ne peut pas être considéré comme étant décalcifié.

Comme d'un autre côté l'action du chlorure de calcium sur l'état des hémotoblastes est très restreinte, presque nulle, il est probable que cette substance n'agisse sur le sang dans l'affection qui nous occupe qu'en exaltant simplement son pouvoir coagulant normal (comme dans l'expérience de Wright), et en favorisant par conséquent l'hémostase spontanée.

C'est de cette manière que nous nous expliquons la rareté des hémorragies, leur abondance et leur opiniâtreté moindres, à la suite du traitement de l'affection par le chlorure de calcium.

CONCLUSIONS

1. De l'ensemble de l'étude que nous venons de faire, il résulte, qu'à côté des purpuras primitifs décrits jusqu'à présent, c'est-à-dire le *purpura infectieux*, le *purpura rhumatoïde* et le type connu sous le nom de *maladie de Werlhof*, il existe une autre variété dont l'individualisation clinique s'impose et que nous proposons d'appeler *purpura chronique à grandes ecchymoses*.

2. Cette variété est caractérisée cliniquement par une éruption formée de grandes ecchymoses accompagnées ou non de pétéchies, par des hémorragies muqueuses multiples, et par l'absence de fièvre et de tout symptôme morbide concomitant.

Anatomiquement, par une altération du sang caractérisée par une diminution considérable du nombre des hémato blastes et par l'absence de rétractilité du caillot et de transsudation du sérum, après la coagulation du sang.

3. Il est très probable que ces phénomènes soient sous la dépendance d'une autointoxication d'origine gastro-intestinale. Sous l'influence d'une déviation dans l'élabora-

tion des matériaux nutritifs, il se produirait une substance toxique capable de léser le sang, en produisant la précipitation des hémato blastes sous la forme décrite par M. Hayem sous le nom de précipitation grumelleuse. Cette précipitation donnerait naissance à des embolies capables d'obstruer les capillaires et de produire consécutivement leur rupture.

4. Le diagnostic de cette affection est facile.

5. Le pronostic généralement bénin.

6. La durée de l'affection est indéterminée ; elle varie généralement entre 6 et 12 mois. Exceptionnellement elle peut atteindre plusieurs années.

7. Le traitement doit être local et général.

Le traitement local est celui de toutes les hémorragies muqueuses. Il n'a rien de particulier dans cette affection.

Quand au traitement général, le repos absolu au lit, un régime approprié, le chlorure de calcium à la dose d'un gramme par jour sous forme de potion, sont les meilleurs moyens thérapeutiques dont nous disposons.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
DIEULAFOY.

Vu : LE DOYEN :
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS
GRÉARD.

OBSERVATIONS

OBSERVATION II. — (personnelle)

(*Purpura chronique à grandes ecchymoses ; onze mois de durée*)

Le nommé Jules P..., âgé de 6 ans, entre à l'hôpital des Enfants malades le 31 mai 1899, salle Bouchut, lit n° 15.

Antécéd. Héredit. — Père 35 ans journalier. Habituellement bien portant. Pas d'alcoolisme. Depuis l'âge de 18 ans il a quelquefois la migraine.

Mère âgée de 30 ans, a trois autres enfants bien portants. Lorsqu'elle était enceinte de celui-ci vers le sixième mois de sa grossesse, elle eût une grande hémorragie utérine, sans influence fâcheuse sur la grossesse. L'accouchement a été normal. L'enfant est venu à terme. Elle perd beaucoup de sang au moment des règles. Chez les collatéraux comme chez les ascendants, aucune trace d'hémophilie.

Antécéd. Personnels. — L'enfant est né à terme. Nourri au biberon, d'une manière défectueuse. Il a souffert étant petit de la gastro-entérite. Il n'a pas été en retard ni pour l'apparition des dents, ni pour la marche, ni pour parler. Vers l'âge de trois ans, il a eu la rougeole. Pas d'autres maladies.

Histoire de la maladie actuelle. — Le début de la maladie remonte à deux mois. En mars 1899, à la suite d'une chute, qui lui produisit une grande frayeur (l'enfant est tombé d'une hauteur de deux mètres), il s'est déclaré pour la première fois une épistaxis très abondante, qui a nécessité le tamponnement des fosses nasales.

Dans le courant du mois, le malade a eu deux ou trois autres épistaxis tout aussi graves. En même temps les parents remarquent sur diverses parties du corps, des ecchymoses ressemblant à des « bleus » et apparaissant spontanément.

A part une certaine faiblesse due probablement aux pertes

de sang répétées, l'enfant ne sentait aucun malaise, aucune douleur. A la suite d'une de ces épistaxis rebelles, l'enfant a été conduit à l'hôpital, service de M. le professeur Lannelongue salle Giralde, le 21 mai 1899. Là, après différentes tentatives inutiles d'injections de solution de gélatine, on lui fait le tamponnement antérieur et postérieur des fosses nasales.

L'hémorragie s'arrête. Le malade est resté dans le service de M. le professeur Lannelongue 9 jours. Du 21 mai 1899 au 30 mai. Le 31 mai une nouvelle épistaxis. Le malade est tamponné de nouveau. Comme outre ces hémorragies il présentait une éruption purpurique sous forme d'ecchymoses larges et de pétéchiies sur les diverses parties du corps, il fut renvoyé dans le service de médecine de M. le professeur Grancher.

Etat actuel, 1^{er} juin 1899. A son entrée le malade a 38°1/5 de température. Il est pâle. Les muqueuses des lèvres, les conjonctives sont décolorées. Le pouls petit rapide. A la surface du corps on observe deux sortes d'éruptions purpuriques : des taches pétéchiiales, ayant les dimensions d'une lentille ou plus petites, et de larges ecchymoses ressemblant aux ecchymoses traumatiques. Ainsi, on observe, un petit groupe de pétéchiies au niveau de la région antérieure du thorax près du mamelon et au niveau de l'avant bras gauche, et des taches ecchymotiques bleuâtres, à la partie antérieure des deux jambes, à la cuisse droite au niveau d'une piqûre d'ergotine, et sur le dos. Ces taches ne disparaissent pas à la pression et ne sont pas douloureuses. On n'observe rien d'anormal du côté des gencives. Elles ne saignent pas.

Rien non plus, du côté des muqueuses des joues et de la langue. Bruit de diable dans les jugulaires à droite.

Tachycardie. L'examen clinique des organes viscéraux ne relève rien de pathologique. Foie, rate, normaux. Rien dans les poumons, rien du côté du système nerveux.

Traitement. — Chlorure de calcium, à l'intérieur, à la dose d'un gramme par jour en potion. Repos absolu au lit.

Boissons acidulées à volonté.

Du 1^{er} au 5 juin 1899, tant que le malade reste tamponné la température oscille entre 37°5 et 38°5. Le 5 juin on enlève les tampons. On nettoie par des lavages antiseptiques les fosses nasales. La fièvre disparaît et l'épistaxis ne se répète plus. On continue le même traitement.

Du 5 juin 1899 au 24 du même mois, on constate une amélioration sensible. La température ne dépasse pas la normale. Les taches pétéchiiales et les ecchymoses, disparaissent progressivement, et ne sont pas remplacées par d'autres. Même traitement.

Le 24 juin 1899 le malade a des selles sanglantes. Pas d'épistaxis. Ces hémorragies intestinales sont accompagnées d'un mouvement fébrile assez marqué. (En effet tant que ces hémorragies intestinales persistent, c'est-à-dire du 24 au 27 du mois, la température oscille entre 38° et 39°).

En même temps on constate l'apparition de quelques nouvelles taches ecchymotiques sur le cou et la face antérieure du thorax. On suspend l'alimentation solide. On lui prescrit une potion au bismuth et au ratanhia. Il continue également à prendre du chlorure de calcium.

Le 28 juin 1899, les hémorragies intestinales cessent. Les selles en effet sont normales. La température redevient normale. On reprend l'alimentation habituelle (bouillon œufs, viande hachée). Il présente toujours sur la face antérieure des jambes et sur le dos des plaques hémorragiques, variables comme dimension et comme coloration : Les unes sont petites comme des points, très rapprochées les unes des autres, de coloration rouge-clair, formant par leur agglomération des bandes ou des taches plus ou moins rondes, ayant les dimensions d'une pièce de vingt sous ; d'autres ayant l'aspect des ecchymoses produites par des coups, de forme généralement ronde, de coloration bleuâtre verdâtre ou jaune. Ces taches n'ont pas de relief, ne disparaissent pas à la pression et ne sont pas douloureuses.

Durant le mois de juillet 1899 rien de particulier à noter. L'amélioration fait des progrès sensibles.

On ne constate ni épistaxis ni mélæna, aucune hémorragie en somme. Le malade n'a pas de fièvre, ne ressent aucune douleur. L'appétit est bon, et s'il ne présentait pas quelques plaques rouges, formées par un pointillé hémorragique très fin sur le thorax, et quelques ecchymoses superficielles en voie de disparition sur les membres inférieurs, on pourrait le considérer comme guéri.

Août 1899. — Pendant ce mois, l'état général bon, se maintient. Température normale.

Pas d'hémorragies. Fonctions digestives bonnes. Pas de douleurs ni dans les jointures, ni à l'épigastre. Apparition de quelques petites taches ecchymotiques dont l'évolution a duré une huitaine de jours. Vers la fin du mois on constate sur la face antérieure de la jambe droite deux ou trois petites taches, jaunâtres, vestige des ecchymoses dont la coloration était primitivement bleuâtre.

Septembre 1899. — L'enfant est presque guéri. Les premiers jours du mois déjà, on ne constate plus d'ecchymoses. Quelques pointillés rouges, sur la partie postérieure du thorax, paraissant produits par les frottements de la chemise. État général bon.

Pas d'hémorragie. Fièvre nulle.

L'enfant quitte l'hôpital le 17 septembre 1899.

Il reste dans sa famille deux mois et demi. Depuis le 17 septembre jusqu'au 30 décembre 1899.

Pendant ce laps de temps la santé de l'enfant paraît assez bonne.

Il ne saigne plus, n'a plus de bleus, n'accuse aucune douleur, l'appétit est bon on le fait aller à l'école. Là il mène la même vie que ses camarades. Tout va bien, lorsque vers la fin du mois de décembre l'enfant se met à saigner du nez de nouveau. Il prétend avoir reçu un coup, assez léger du reste, en jouant avec ses camarades. Les ecchymoses commencent à réparaître.

Les parents le reconduisent à l'hôpital où il est admis le 30 décembre 1899, salle Bouchut, lit N° 15.

Janvier 1900. — A son entrée à l'hôpital, le malade n'a pas de fièvre. Il ne saigne pas, n'accuse aucune douleur, sauf un léger mal de tête. Ne vomit pas.

Il est pâle. L'examen clinique des organes ne révèle rien d'anormal. Le foie la rate ne sont pas augmentés de volume. Dans les vaisseaux du cou à droite on constate toujours un bruit de diable. Rien du côté du système nerveux.

Sur les membres inférieurs, on constate quelques petites ecchymoses, rondes, de colorations diverses, en rapport avec leur âge. Les plus anciennes sont jaunâtres ; les plus récentes brunes, ou verdâtres. Sur la poitrine et la partie postérieure du thorax quelques plaques rouge-clair, formées par un piqueté hémorragique fin.

Toutes ces plaques, ne disparaissent pas à la pression, ne présentent pas de relief, et ne sont pas douloureuses ni spontanément ni à la pression.

Leur évolution dure en moyenne de cinq à dix jours. Les ecchymoses, et spécialement celles qui sont plus étendues et dont la coloration est plus intense, mettent plus de temps à disparaître, que celles qui sont plus petites, plus superficielles, et surtout que celles qui sont formées par un piqueté, hémorragique fin. *Trait.* Chlorure de Calcium.

Février 1900. — A partir de ce mois nous avons eu l'occasion de voir le malade et de l'étudier jour par jour. C'est le premier de ce mois également que nous avons fait, pour la première fois, l'examen du sang, au point de vue de la rétractilité du caillot et de la l'exudation du sérum, examen dont nous donnons le résultat ailleurs.

1^{er} Février. — L'enfant nous paraît assez bien constitué pour son âge. Il n'est pas maigre. La figure un peu pâle, mais les muqueuses ne sont pas décolorées. Son état général est bon. Température normale. Appétit bon. Pas de vomissements, pas de diarrhée. Il n'accuse aucune douleur, ni à l'épigastre ni dans

les membres. L'examen clinique des organes ne révèle rien d'anormal (sauf un bruit de diable à droite, au cou). Il présente sur les membres et le thorax une éruption purpurique dont voici la description détaillée :

Sur la partie antérieure des jambes, la peau présente par place une teinte un peu plus foncée, brunâtre, vestige de taches ecchymotiques anciennes. Sur la rotule gauche, une petite bande rouge formée par l'agglomération d'une multitude de petits points, de même couleur. A la base du cou du côté droit, on constate plusieurs petites taches rouges, ressemblant à des morsures de puces mais ne disparaissant pas à la pression. Au niveau de l'extrémité externe de la clavicule droite une large ecchymose de coloration vert-pâle ressemblant à un « bleu » et ayant les dimensions d'une pièce de deux francs. Une plaque ecchymotique semblable, un peu plus foncée au niveau de la crête sacrée.

Sur la face externe et à la partie supérieure du bras droit une tache de forme irrégulière, ayant les dimensions d'une pièce de vingt sous, ayant une coloration rouge-brique et étant formée par un piqueté hémorragique assez fin.

De chaque côté de la face à quelques centimètres au-dessous des paupières inférieures, quelques petites taches rouge-sang ayant les dimensions d'un grain de millet et ne disparaissant pas par la pression.

La muqueuse buccale, les gencives, sont saines. L'odeur de l'haleine n'est pas fétide.

Traitement. — On prescrit au malade le chlorure de calcium qu'il avait cessé de prendre depuis une dizaine de jours, à la dose d'un gramme par jour, dans une potion.

2 Février. — On constate une modification de la tache située à la partie supéro externe du bras droit. Sa coloration est moins intense, beaucoup plus claire. Elle a diminué sensiblement d'étendue. Les autres taches n'ont pas changé. On constate également l'apparition des deux plaques nouvelles : Une à la région tibiale gauche, légèrement oblique, de coloration noi-

ratre, ayant les dimensions d'une pièce de vingt sous, elle ne disparaît pas, et n'est pas douloureuse à la pression.

L'autre, est située à la partie supérieure de la bosse frontale gauche. Cette ecchymose, un peu plus grande qu'une pièce d'un franc est recouverte à la partie supérieure par les cheveux. Sa forme est ronde. Son centre est d'une coloration lie de vin ; à la périphérie elle est verdâtre. Elle ressemble à s'y méprendre, à une ecchymose traumatique.

Rien du côté de la muqueuse buccale.

Même traitement.

3 Février. — La plaque du front, et celle de la région tibiale antérieure de la jambe gauche, paraissent augmenter d'étendue. Leur coloration devient plus intense. En outre celle du front notamment, est douloureuse à la pression. Au niveau de l'extrémité externe de la clavicule l'ecchymose verdâtre, est en voie de regression. Son étendue est moindre. Sa périphérie est entourée d'un cercle jaunâtre.

Nouvelle ecchymose presque noire, sur la jambe gauche, un peu au-dessus de celle déjà existante, et beaucoup plus petite.

A la face interne de la joue droite sur la muqueuse, au niveau de la dernière molaire, petite ecchymose noirâtre, recouverte d'une légère couche de sang coagulé. Etat général continue à être bon. Fièvre nulle.

4 Février. — Les plaques déjà existantes sont dans le même état. Celle de la muqueuse buccale persiste également.

Nouvelles taches pétéchiâles vers la partie moyenne de la face antérieure des deux jambes, ayant les dimensions d'un grain de chénevis, et la coloration rouge.

Une ecchymose bleue à peine visible à la face dorsale du pied droit.

5 Février. — Etat général bon. Aucune hémorragie.

Les anciennes taches n'ont pas changé d'aspect.

Apparition de deux nouvelles taches hémorragiques.

Une ayant l'aspect d'une ecchymose traumatique d'une

teinte vert jaunâtre, de forme ronde, ayant les dimensions d'une pièce de vingt sous, siégeant au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate gauche.

L'autre à la forme d'une bande de 10 cm. environ de longueur sur 2 cm. de largeur. Elle est située comme la précédente sur le côté postérieur gauche du thorax, parallèlement à la colonne vertébrale. Sa coloration est rouge clair.

Elle est formée par la réunion d'une multitude de petits points hémorragiques, ne disparaît pas à la pression, et paraît être due au frottement d'un pli de la chemise.

6 Février. — Le piqueté rouge situé de chaque côté de la face ; à la partie inférieure des paupières a disparu.

Nouvelle tache sur l'épaule droite, ayant les dimensions d'une pièce de deux francs de forme irrégulièrement ronde, de couleur rouge et présentant le même aspect que celle qui s'étend comme une bande sur le dos du malade.

Parmi les taches parues le 1^{er} février une partie de celles qui étaient situées sur la partie antérieure des jambes, celle qui siégeait sur la rotule gauche, et les pétéchiës qui occupaient la base du cou du côté droit ont complètement disparu. Les autres sont en voie de disparition. Même traitement.

7 Février — Etat général bon. Quelques filets de sang le matin en se mouchant. La tache rouge de l'épaule droite, disparaît.

Petite plaque noirâtre, ronde, des dimensions d'une lentille, à la face interne de chaque joue, sur la muqueuse. L'odeur de l'haleine n'est pas fétide. Les gencives sont saines, elles ne saignent pas. Rien sur la langue.

À la partie postérieure du tronc, au niveau de la crête iliaque droite, commence à apparaître une tache ecchymotique d'un bleu très pâle, ayant les dimensions d'une pièce de cinq francs, douloureuse à la pression et même spontanément.

9 Février. — Mêmes plaques noirâtres rondes, sur la muqueuse buccale. En outre on constate pour la première fois, sur la langue une petite tache rouge-sang, non douloureuse, située

sur le bord droit de la langue, du côté de la pointe. Elle ne saigne pas. Les ecchymoses qui occupaient la face antérieure des jambes, celle de la face dorsale du pied, celle qui siégeait au niveau de l'extrémité externe de la clavicule droite, ont disparu complètement.

Il ne reste plus en fait d'ecchymoses, que celle du front, qui est devenue beaucoup plus petite, et uniformément verdâtre, (sauf à la périphérie, où elle présente une coloration plus claire, jaunâtre) et celle qui est située au niveau de la crête iliaque droite dont les dimensions et la couleur sont restées les mêmes. Sur le tronc, il ne reste en dehors des plaques mentionnées plus haut, que quelques petites taches, formées par la réunion de petits points rouges hémorragiques et situées sur les parties proéminentes du corps, sur les hanches, les omoplates, etc. Même traitement.

10 Février. — Etat général bon. Pas d'hémorragie. Pas de fièvre. Fonctions digestives bonnes. La petite tache rouge du bord droit de la langue a disparu. Celles de la muqueuse buccale persistent. Elles ne saignent pas.

L'ecchymose frontale, présente une teinte verdâtre, entourée d'un cercle jaune. Elle est manifestement en voie de disparition. L'ecchymose située à la partie postérieure du tronc, au niveau de la crête iliaque droite tend à disparaître également. Toute petite tache ecchymotique violette, au niveau de l'extrémité inférieure du cinquième métatarsien gauche, sur le dos de la main. Nous faisons pour la deuxième fois l'examen du caillot sanguin. Même traitement.

11 Février. — Etat général très satisfaisant. Pas d'hémorragie. L'ecchymose frontale tend à disparaître. Elle est d'une coloration jaunâtre et beaucoup plus petite que les jours précédents. L'ecchymose située au niveau de la crête iliaque droite reste stationnaire.

Piquetés hémorragiques fins, sur les parties saillantes du corps. Sur le dos ils sont disposés, de manière à former des stries verticales surtout du côté gauche.

12 et 13 Février. — L'amélioration continue. Sur le front l'ecchymose a presque disparu. A son niveau, la peau présente une teinte jaune-pâle. A la partie postérieure du tronc quelques petites taches rouges. (formées par des points rouges) les unes ayant la forme ronde, d'autres se présentant sous forme de stries, dues probablement à l'influence du frottement de la chemise.

Petit piqueté hémorragique, sous épidermique sur le cuir chevelu, au niveau de la suture sagitale. Pas d'ecchymoses sur la muqueuse buccale. Dans le dos, au niveau de la crête iliaque droite, même plaque, assez large, mais d'une coloration bleue très pâle; au point qu'elle n'est plus visible que lorsqu'on la regarde de très près.

Comme les jours précédents, l'état général de l'enfant est bon. Il n'a pas de fièvre. N'accuse aucune douleur. L'appétit est bon.

15 Février. — L'amélioration fait des progrès rapides. L'ecchymose du front a complètement disparu. Aucune pétéchie sur le thorax. Au niveau de la crête iliaque droite, à la partie postérieure du tronc, on ne constate aucun vestige de l'ancienne ecchymose. Aucune tache hémorragique sur la muqueuse buccale. Pas d'hémorragie des muqueuses. Etat général excellent. Le malade quitte l'hôpital le 18 février.

Analyse des urines.

Volume. — 1410 c. m. c.

Couleur. — jaune-pâle.

Densité. — 1,011.

Réaction. — franchement acide,

Matériaux fixes..... par lit. 19 gr. 2 par 24 h. 27 gr. 072.

Sels minéraux..... — 8 gr. 1 — 11 gr. 421.

Matières organiques. — 11 gr. 1 — 15 gr. 651.

Urée..... — 8 gr. 967 — 12 gr. 643.

Acide urique..... — 0 gr. 17 — 0 gr. 239.

Chlorures	(Exprimés en Nacl par lit.	5 gr. 7	par 24 h.	8 gr. 37.
	(Exprimés en chlore	3 gr. 457	—	4 gr. 874.
Acide phosphorique.	par litre	0 gr. 870	—	1,426.
Acide sulfurique.....	—	0 gr. 54	—	0 gr. 76.
Chaux.....	—	0 gr. 06	—	0 gr. 084.
Ni albumine ni sucre. Trace d'indican.				

P. S. Pour l'examen du sang voir chapitre III page 33.

OBSERVATION III.

(Publiée sous le nom maladie de Werlhof à forme chronique, par APERT et RABÉ. *Bulletin Médical*, 21 Novembre 1897).

Charles R..., âgé de 14 ans, se présente au mois d'Août 1897 à la clinique rhinologique de M. Castex pour un saignement de nez qui dure depuis 6 jours. Il raconte que ce n'est pas la première fois qu'il saigne ainsi. Les premières épistaxis remontent au début de l'année 1896 ; pendant plusieurs mois, durant une heure ou deux ; au mois de Juillet 1896 il eut une série ; elles ont duré huit jours, et le prenaient plusieurs fois par jour. Au bout de ce temps il se décide à se faire soigner ; le médecin qui le voit, reconnaît l'existence de végétations adénoïdes, et de grosses amygdales, et le 16 Juillet 1896, il procède à l'amygdalotomie. Cette opération provoque une déperdition de sang effrayante. Malgré des injections chaudes antipyrinées, et de plusieurs piqûres d'ergotine, le sang coulait dans la bouche en abondance.

Pendant deux jours, le malade continua à rejeter par la bouche un peu de sang. Il dut rester huit jours au lit, dans un état d'anémie et de faiblesse extrêmes. Il fut longtemps à se remettre. Pendant son séjour au lit, on remarqua pour la première fois des ecchymoses sur le corps, semblables aux « bleus » résultant d'un coup. Presque constamment depuis lors, c'est-à-dire depuis plus d'un an, l'enfant a des bleus qui surviennent

sans cause, sans traumatisme aucun, sur les jambes, le tronc, les bras.

La face a toujours été respectée ; parfois les gencives saignent, plusieurs fois par mois surviennent des épistaxis.

C'est pour une de ces épistaxis, durant depuis 6 jours que le malade se présente à la clinique de M. Castex.

Examen du malade. — C'est un enfant bien développé pour son âge, ayant toutes les apparences d'une bonne santé, et malgré des pertes de sang, ne paraissait ni anémique ni faible.

Examen local. — Après un lavage prudent des fosses nasales, l'examen au spéculum nous permit de constater du côté droit l'existence à la partie antérieure et inférieure de la cloison nasale, d'une ulcération de la largeur d'une lentille.

La surface ulcérée est fongueuse, et saigne au moindre contact ; les portions de muqueuse qui limitent l'ulcère sont très enflammées. Dans la narine gauche, existe une autre ulcération plus petite et occupant le point presque symétrique de l'ulcération droite.

Traitement. — Lavage à l'eau très chaude avec le syphon Weber, toutes les deux heures, et tamponnement ouaté permanent.

Examen Général. — Sur le cou, petit piquete hémorragique sous épidermique très fin, à l'endroit où frotte le col ; même piqueté sur la poitrine et les bras, formant des bandes allongées, de direction généralement verticale, sauf au niveau des plis de flexion. Ces bandes paraissent répondre aux endroits où les plis de la chemise, compriment la peau. Pas d'autres hémorragies sur le tronc, la tête, et les bras ; mais sur les membres inférieurs *larges plaques hémorragiques* ayant un caractère tout autre. Ce sont de larges ecchymoses violacées, simulant tout à fait les bleus qui succèdent à un coup ; il y en a une douzaine sur les deux cuisses et les deux jambes, en avant et en arrière. Elles sont arrondies irrégulièrement et varient en dimension, de celle d'une pièce d'un franc, à celle d'une pièce

de cinq francs, et davantage. Au devant du tibia, gauche, large trait hémorragique horizontal que l'enfant attribue à ce que regardant d'une fenêtre dans la rue, il s'est appuyé la jambe contre l'arête vivè du rebord de la fenêtre.

L'examen général ne révèle rien que de normal.

L'enfant du reste ne se sent mal nulle part. Il n'a jamais eu des douleurs rhumatoïdes. L'appétit est bon, les fonctions digestives bonnes. S'il n'avait pas ces hémorragies il se considérerait comme jouissant d'une parfaite santé.

Les antécédents personnels et héréditaires ne présentent rien de bien particulier. Le père de l'enfant, ancien marchand de vin, a longtemps souffert d'une gastrite alcoolique ; il est en outre eczémateux et variqueux.

La mère est très *nerveuse*, et a parfois des colères terribles. Elle a eu autrefois des douleurs d'estomac qualifiées de gastralgies nerveuses. Un frère de deux ans plus jeune que notre malade, est très nerveux mais ne présente pas de trace d'hémophilie.

L'enfant est né à terme à Paris. Il n'a pas eu d'autres maladies que la scarlatine (très violente) la rougeole, la varicelle, et à l'âge de 8 ans à la suite d'absorption de jambon, une urticaire très intense.

Son tempérament a toujours paru excellent. Il n'est pas nerveux comme sa mère et son frère. Il est travailleur et intelligent.

Voir l'examen du sang au Chapitre III., page 55.

OBSERVATION IV

(Cette observation a fait le sujet d'une leçon clinique publiée par M. le professeur agrégé Marfan dans le numéro du 13 avril 1895, de la *Médecine Moderne*).

Fillette de 10 ans et demi, entrée dans nos salles (Hôpital des

Enfants Malades) le 30 mai 1894. Au sujet de ses antécédents héréditaires, nous avons appris que son père était bien portant et que sa mère était morte d'une affection cardiaque, avec albuminurie. Notre malade est née à terme. Elle a été nourrie au sein, mais sans aucune règle ; aussi a-t-elle été très malade pendant sa première enfance ; elle n'a marché qu'après deux ans, et elle a eu ses dents très tard. Elle a eu la rougeole, la varicelle, et, il y a deux ans, la diphthérie. Malgré ces atteintes, sa santé générale est restée satisfaisante. Elle est élevée dans un pensionnat qui est dans de bonnes conditions d'hygiène, et où on ne se plaint que de sa paresse intellectuelle.

Au mois de mai, on la ramène chez ses parents parce qu'elle présente de larges taches sur le corps, qu'elle saigne du nez et de la bouche. Elle ne présente d'ailleurs aucun autre symptôme, ni douleurs articulaires, ni fièvre ni troubles digestifs ; elle est aussi gaie que d'habitude.

Au moment de son entrée à l'hôpital on découvre sur les membres inférieurs et sur le ventre, quatre ou cinq ecchymoses noirâtres, d'énormes dimensions, dont quelques-unes sont presque aussi grandes que la main et qui ressemblent tout à fait à des ecchymoses traumatiques. On ne constate ni fièvre ni aucun symptôme concomitant. On met l'enfant au repos et on lui administre du fer et du quinquina, et au bout de trois semaines les ecchymoses ayant toutes disparu, on lui permet de se lever. Mais quelques jours après, le 5 juillet apparaît sur le flanc droit une plaque ecchymotique grande comme la main. Le surlendemain une autre se produit qui occupe toute la face dorsale du pied droit. Il n'y a pourtant ni fièvre ni aucun autre symptôme ; le 18 juillet survient une abondante épistaxis qui nécessite le tamponnement des fosses nasales ; puis apparaissent des pétéchiés sur la face dorsale du pied gauche et une ecchymose sur la région tibiale ; le 31 juillet une nouvelle épistaxis se produit qui nécessite encore le tamponnement ; le 5 août les gencives se remettent à saigner, et trois vastes ecchymoses apparaissent sur le genou droit, sur la face externe

du pied et sur la face dorsale de la main droite. Cette poussée s'éteint vers le milieu de septembre. *Pendant tout ce temps l'état général est resté excellent*, et on a administré des pilules renfermant 5 centigrammes d'ergotine et 15 centigrammes de tanin. On permet de nouveau à l'enfant de se lever et le premier octobre des taches réapparaissent : l'une d'elle siège au genou droit et est attribuée par l'enfant à un traumatisme. Nouvelle remise puis nouvelle rechute le 3 novembre. Il apparaît alors des ecchymoses, au niveau du grand trochanter droit et sur la plante du pied droit, des taches punctiformes c'est-à-dire des pétéchies, et des stries hémorragiques, c'est-à-dire des vibices, sur la peau du dos et des jambes. On traite cette rechute par l'eau de Rabel.

Le 19 Novembre tout a disparu, lorsqu'il se produit une énorme ecchymose au niveau du manubrium sternal et des pétéchies au niveau de l'épaule. Depuis il s'est toujours produit des taches.

Le 8 Décembre on trouve des ecchymoses en voie de disparition, sur la face interne de la cuisse gauche et sur la jambe droite on voit des pétéchies et des vibices dans le dos ; enfin une ecchymose récente très vaste, sur la région inguinale gauche, empiétant sur le ventre et sur la cuisse.

L'état général a toujours été excellent jamais l'enfant n'a eu de fièvre.

Lors de mes premiers examens, j'ai été frappé de la conformation du crâne : saillie des bosses frontales, brachycéphalie très accusée. J'ai retrouvé là, des stigmates d'un rachitisme ancien. Comme les anciens rachitiques sont en général des sujets qui digèrent mal, j'ai exploré les voies digestives. Il n'existe aucun trouble fonctionnel de la digestion, l'appétit est excellent, les digestions bonnes, les évacuations régulières. J'ai perçu un jour un bruit de clapotage très net ; mais depuis, malgré des examens réitérés, je n'ai pu retrouver ce bruit. Il n'y pas d'indican dans les urines. Le foie et la rate ont leur volume normal.

L'examen de la bouche montre qu'il n'y a ni gingivite ni stomatite ; mais plusieurs dents sont cariées. L'examen des voies respiratoires, l'examen du cœur, l'examen du système nerveux ne décèlent aucune anomalie. Le pouls est normal, je ne l'ai jamais trouvé ralenti. Le sang a été examiné et a été trouvé normal. Il a été ensemencé et il a été trouvé stérile.

Les urines ont été analysées complètement à deux reprises. L'analyse n'a montré aucune anomalie,

A partir du mois de décembre il ne s'est plus produit d'ecchymose. L'enfant est sorti au mois de janvier 1899.

OBSERVATION V.

Inédite, due à l'obligeance de M. R. BNSAUDE, chef de laboratoire à la Faculté de Médecine).

La nommée M. Louise, âgée de 14 ans 1/2, entre à l'hôpital Trousseaux, service de M. le Dr Josias, le 19 mai 1896.

Antécéd. Héréditaires. — Père bien portant. Pas d'hémophilie. Mère d'une santé délicate. Elle a eu quatre grossesses.

Chaque accouchement a été accompagné d'hémorragies assez abondantes. Il n'y a pas d'autres accidents hémorragiques dans les antécédents héréditaires de l'enfant. Les enfants sont venus tous à terme.

Parmi eux, deux sont morts : l'un à l'âge de cinq ans à la suite d'une entérite ; l'autre à l'âge de 17 jours, (cause inconnue). Le troisième est vivant. Il a 11 ans et se porte bien.

Antécéd. Personnels. — Née à terme. Elevée au sein jusqu'à l'âge de sept mois. A marché à neuf mois. Première dent à onze mois. Rougeole à l'âge de deux ans. Pas d'autre maladie aiguë. Incontinence nocturne d'urine, qui aurait beaucoup diminué depuis que l'enfant est réglée, mais sans cesser com-

plètement. Régulée à 13 ans. Les premières règles étaient normales.

Depuis deux mois, elles sont devenues très abondantes.

Ainsi actuellement, elle les a depuis dix jours. Elle perd des caillots. La malade a toujours vécu dans des bonnes conditions hygiéniques.

Histoire de la maladie actuelle. — La maladie actuelle a débuté il y a deux mois, par des hémorragies muqueuses différentes.

Epistaxis fréquentes, mais pas très abondantes au début.

Légère stomatorragie, la nuit surtout. Le matin, la malade avait la salive teintée de sang. Depuis deux mois également les règles sont devenues abondantes et de longue durée. En même temps on constate sur le corps, l'apparition d'une éruption formée par des pétéchie multiples, et des ecchymoses larges. Tous ces accidents hémorragiques n'ont été accompagnés d'aucun phénomène subjectif. Aucune douleur. Pas de fièvre.

Etat général satisfaisant. Il y a deux jours elle a eu une épistaxis très abondante qui a nécessité le tamponnement des fosses nasales.

Etat actuel 20 mai. — La malade paraît assez bien constituée pour son âge. Le facies normal. Pas de fièvre. Etat général bon. Elle ne sent aucune douleur nulle part.

Lorsqu'on la découvre on constate sur le corps, une éruption pétéchiiale et des ecchymoses, disposées de la façon suivante : Petites pétéchie à différents stades d'évolution, la plupart ayant une coloration rouge sang, sur la partie antéro-supérieure du thorax et sur l'abdomen. Même éruption, formée par des petites pétéchie rouges, rondes, ne disparaissant pas à la pression, sur les cuisses et à la partie antérieure des jambes. En outre, à la partie moyenne de la jambe gauche, face antérieure, une large ecchymose bleuâtre ayant les dimensions d'une pièce de cent sous. Cette ecchymose, n'est pas douloureuse à la pression, et ne fait aucun relief à la surface de la peau. Elle ressemble à une large ecchymose traumatique.

Sur la muqueuse des joues, de chaque côté, on constate quelques petites taches hémorragiques rondes, rouges, et recouvertes par du sang coagulé, noirâtre. Les gencives sont saines. Les articulations ne sont pas douloureuses ni à la pression, ni spontanément.

Examen des organes. Appareil digestif. — Aucun trouble fonctionnel.

Pas de douleurs épigastriques ou intestinales. Pas de vomissements. Pas de diarrhée. Appétit bon.

Foie normal. Rate normale.

Appareil. Respirat. — Pas d'hémoptysie. Le malade ne tousse pas. Percussion auscultation, normales.

Appareil. Circulat. — Rien de particulier à noter. Pouls normal.

Appareil urinaire. — Urine claire. Ni albumine ni sucre.

Système nerveux. — Rien de particulier à noter. Sensibilité normale.

Reflexes normaux. Aucune sensation subjective, particulière à noter.

Traitement. — Régime ordinaire. Lait, viande. Sirop de iodure fer. Arséniate de soude.

Le 21 mai. — Légère stomatorragie dans la nuit. Le sang paraît avoir pour origine les taches hémorragiques de la muqueuse de joues. Même état des pétéchies et de la grande ecchymose de la jambe gauche.

22 mai. — Une petite plaque purpurique rouge, ronde, légèrement saillante, sur la muqueuse de la lèvre inférieure.

Persistance des métrorragies. Etat général bon. Pas de fièvre.

23 mai. — A la partie interne du genou gauche, on constate une tache irrégulière ayant les dimensions d'une pièce de deux francs, et formé par un piqueté hémorragique très fin.

La grande ecchymose bleuâtre, devient plus pâle. Elle diminue d'étendue, et s'entoure d'un cercle de coloration jaune. Pas de fièvre. Aucune douleur. Etat général satisfaisant.

29 mai. — Epistaxis abondante vers six heures du matin.

30 mai. — Légère stomatorragie. Liseré rouge, sanguinolent au niveau des sertissures des dents inférieures, surtout des canines.

Les pétéchies de la jambe droite ont disparu. L'ecchymose est devenue jaunâtre. Quelques petites pétéchies sur le thorax. Paleur de la face très marquée. Bruit de diable.

2 juin. — La métrorragie a cessé complètement, Apparition de quelques pétéchies sur le membre inférieur gauche, et une ecchymose ayant les dimensions d'une pièce d'un franc à la partie antérieure de la jambe. La couleur de cette ecchymose est verdâtre. Etat général bon. Pas de fièvre.

6 juin — Nouvelles pétéchies sur le membre inférieur droit. Trois ecchymoses nouvelles, ayant la forme et les dimensions d'une pièce de dix sous, d'une teinte verdâtre, à la région tibiale de la jambe droite.

8 juin. — Les pétéchies et les ecchymoses des membres persistent. Epistaxis assez abondante pour avoir nécessité un tamponnement, par la narine gauche. L'enfant est pâle, se sent faible à la suite de cette nouvelle hémorragie, mais l'état général est bon. La température normale. Elle n'accuse aucune douleur dans les membres ni ailleurs, ne vomit pas.

10 juin. — L'état général continue à être bon. Toujours pas de température. Pas de taches hémorragiques sur la muqueuse buccale. Les ecchymoses des membres sont en voie de disparition. Elles pâlisent. Aucune hémorragie par les muqueuses.

12 juin. — Même état. On voit quelques pétéchies à la partie supéro-antérieure du thorax. Il y en a également sur les cuisses et les jambes, mais moins nombreuses que les jours précédents. Sur la jambe gauche, l'ecchymose a complètement disparu. On voit encore les traces des trois ecchymoses de la jambe droite. A leur niveau la peau a une coloration vert-jaunâtre. Mais cette coloration est peu intense.

Plus d'épistaxis, ni métrorragie. Etat général bon.

Le 14 juin. — Même état. L'enfant sort incomplètement guéri. Il a encore quelques pétéchies sur les membres ; les

ecchymoses de la jambe gauche sont encore visibles. L'état général est bon, comme du reste pendant tout le temps de son séjour à l'hôpital.

On lui conseille de continuer à prendre de l'arséniate de soude.

Examen du sang au point de vue de la coagulation

20 mai. — On fait avec la pointe d'une lancette une ponction à la pulpe du doigt. Le sang s'écoule rapidement. Trois ou quatre minutes après la prise de sang, le coagulum se forme. Après 12 heures il n'y a pas d'exudation de sérum. Le caillot reste non rétractile. Même état après 24 heures.

30 mai. — La coagulation se fait en masse et rapidement. Après 1/2 heure pas de sérum. Après 24 heures, petite quantité de sérum à la partie supérieure du caillot, qui reste adhérent à la paroi du godet, non rétractil. Après 48 heures, la quantité du sérum n'est pas augmentée. Après 72 heures on constate la dissolution du caillot.

4 juin. — Après 5 minutes la coagulation est faite, 20 minutes après la formation du caillot on ne voit pas exuder le sérum. Trois heures après la formation du caillot une goutte de sérum à la surface du caillot. Même état après 24 heures. Le caillot a de la tendance à exuder du sérum mais il n'est que très imparfaitement rétractil.

OBSERVATION VI

Purpura hémorragica rebelle. — Guérison au bout de neuf mois, confirmée par l'examen du sang, suivant le procédé de M. le prof. Hayem. (communication faite par M. le Dr MILLARD à la Société médicale des Hôpitaux, dans la séance du 12 février 1897).

A. P. — M^{me} X..., 57 ans, n'a jamais eu de grossesse, a été opérée en 1875 d'un kyste ovarique volumineux, n'a jamais fait

de maladie grave. Elle a eu en 1891, par suite d'une chute de voiture, une fracture du coude droit et une très violente contusion de l'épaule avec un énorme épanchement sanguin, lequel s'est rapidement résorbé. Elle n'est pas sujette aux hémorragies et ne se rappelle pas avoir jamais eu d'épistaxis. Elle a eu autrefois des hémorrhôïdes mais qui n'ont jamais beaucoup saigné et qui ont disparu, ainsi qu'une constipation habituelle, par l'usage prolongé et presque quotidien de pilules de Cascara. Elle était sujette autrefois à de la gastralgie, laquelle a cessé grâce à l'abstinence complète du vin et de toute boisson fermentée; depuis plus de dix ans elle ne boit que de l'eau. Elle n'est pas rhumatisante et a rendu très rarement des sables urinaires.

Comme toute sa famille, elle a une disposition varicéuse assez prononcée sur les membres inférieurs; enfin elle est sujette à un peu d'eczéma sec, presque permanent au pied droit, surtout à la face plantaire, et il est à noter, que plusieurs petites poussées d'eczéma ont paru coïncider avec les éruptions purpuriques dont le début remonte au mois de mai 1896.

Début de la maladie. — Ces éruptions sont apparues dans le cours d'une santé parfaite en apparence à la suite d'un voyage sur les côtes de Provence, accompli sans aucune fatigue, mais au milieu de vives préoccupations causées depuis deux mois, par la santé de son mari; elles n'étaient pas accompagnées de fièvre ni de douleurs rhumatoïdes.

C'était d'abord de simples pétéchiés disséminés sur les membres inférieurs, puis bientôt sur les supérieurs. Peu de jours après ont commencé des ecchymoses plus ou moins larges, soit spontanées en apparence, soit produites par le plus léger choc. Quand ceux-ci étaient plus intenses, au lieu d'ecchymoses simples, se produisaient de véritables bosses sanguines dont plusieurs très volumineuses, d'une indolence remarquable, entourées de vastes ecchymoses dont la résolution était assez lente. Ces manifestations hémorragiques avaient pour siège principal les membres, surtout les inférieurs; quelques-unes

cependant, mais assez rares, se montraient sur le tronc, la poitrine, les épaules, au visage. De temps en temps quelques petites taches sanguines apparaissaient, au réveil sur la lèvre inférieure. Les gencives toujours très saines ne saignaient jamais, malgré des frictions énergiques deux fois par jour avec la brosse à dents.

M^{me} X..., était depuis le 10 mai, installée à la campagne dans une habitation très confortable, passait presque toute la journée dans un grand jardin, dans les conditions hygiéniques les meilleures, avait bon appétit et des digestions excellentes, menait sa vie habituelle, et plaisantait presque de sa maladie comme d'une curiosité. Cependant au bout de quelque temps, elle a fini par éprouver une certaine lassitude générale, marquée surtout aux membres inférieurs. A cause de la disposition variqueuse héréditaire que j'ai signalé, les jambes presque toujours un peu empâtées, devenaient vers le soir lourdes, et légèrement douloureuses, mais sans œdème. Je dois noter que dans plusieurs des ecchymoses soit spontanées, soit provoquées par le moindre frottement, il m'a été permis de constater fréquemment, dans la peau et dans le tissu cellulaire sous-cutané de petits cordons durs, pas tout à fait indolents, et que j'avais de la tendance à rapporter à des émolies capillaires ou à de très petites veines variqueuses qui seraient indurées et friables, et qui laisseraient échapper par leurs éraillures le liquide sanguin.

Traitement.— Dès le début, j'avais prescrit les médicaments suivants : l'élixir de Virginié à base d'hamamelis et de capricum, puis l'hamamelis Roy, le sirop d'hémoglobine Fraisse, l'eau de Bussang. Ces remèdes ne produisant pas de résultat appréciable, je les remplaçai vers la fin de juin par une solution arsénicale (0,10 centigr. pour 300 gr. d'eau, une cuillerée tous les matins) qui parut, tout d'abord mieux réussir. Elle excita l'appétit et les manifestations purpuriques surtout les ecchymoses devenaient plus rares. Mais vers le 12 juillet se déclara une poussée nouvelle, qui me décida à faire faire un examen du sang et des urines.

Examen du sang.— Le sang fut examiné le 21 juillet par le Dr Charrier, chef de clinique du prof. Dieulafoy, assisté de M. Apert interne du même service, et qui précisément, était en train de faire des recherches sur le purpura.

Voici la note qui me fut remise :

« Le sang de M^{me} X..., présente des éléments globulaires absolument normaux comme forme. Comme nombre cependant les globules rouges sont un peu diminués, 3,727,000 au lieu de 4,500,000. Les globules blancs eux aussi sont très diminués, 5000 au lieu de 12, à 15,000 ».

Il n'était pas question comme on le voit du procédé d'analyse du prof. Hayem, portant sur les caractères du caillot sanguin et sur le nombre des hémato blasts qui devait être très diminuée.

Analyse des urines.— Une analyse très exacte faite par le Dr Berlioz donne les résultats suivants :

Densité..... 1,026

Urée..... 20gr.50 par litre. 19 gr.47 par 24 heures.

Acide urique..... 0,405 — 0, 384. —

Acide phosphorique.3gr.43. — 2, 30. —

Chlorure de sodium 13gr.18. — 13gr.11. —

Albumine : néant. Glycose : traces impondérables. Pigments biliaires : néant. Acide oxalique abondant. Dépôt : nombreux cristaux d'oxalate de chaux. Un peu d'acide urique, quelques leucocytes et fréquentes cellules épithéliales. Pas d'hématies.

Cette analyse fut trouvée excellente par M. le Dr Besnier qui vint à la campagne examiner avec le plus grand soin la malade. Il porta un pronostic favorable, mais ne peut formuler une opinion précise, sur la cause et le mécanisme de la maladie, éclore au milieu des apparences de la santé et dans les conditions de parfaite hygiène. Il déclara qu'il s'agissait d'un cas insolite et obscure, comme on rencontre fréquemment dans les familles médicales, parla de la possibilité d'une influence myelopathique et conseilla les moyens suivants :

Repos horizontal prolongé ; antiseptie intestinale intense au

moyen du charbon végétal, de préférence au benzo-naphtol que nous avons commencé. Continuation de la solution arsénicale; eau de Soultzmatt ou de Bussang; arroser de jus de citron toute les viandes; manger à chaque repas du cresson, des salades de toutes espèce et surtout des pommes de terre, des bouillons de légumes; provoquer des selles abondantes avec du cascara; faire des lotions vinaigrées avec le vinaigre Bully, tièdes sur les membres inférieurs, plus chaudes le long de la colonne vertébrale; enfin faire si possible, des inhalations d'oxygène et recourir au besoin à un traitement électro-thérapeutique par la méthode d'Arsenal pour agir sur la moelle.

A l'exception de ces deux moyens difficiles à employer à la campagne, tout le reste fut mis en œuvre immédiatement.

L'exploration de toutes les vertèbres qu'avait fait le docteur Besnier, n'avait provoqué aucune douleur, mais laissa à sa suite une série de légères ecchymoses. L'examen ophtalmoscopique des rétines dont il avait été question ne fut pas pratiqué.

Jusqu'à ce jour (26 juillet) M^{me} X... n'avait pas eu d'hémorragie par les membranes muqueuses. Dans l'après midi pour la première fois elle remarque que sa salive est un peu colorée et *elle commence à saigner de la gencive* ou plutôt du sillon gingivo-labial au niveau de la première grosse molaire supérieure droite. C'était une sorte de stillation insensible mais continue que nous combattons par de gargarismes avec de l'eau vinaigrée froide. Depuis deux jours, le talon gauche est devenu douloureux sans lésion appréciable.

Dans l'hypothèse d'un rhumatisme plantaire, je prescrivis 1gr.50, d'antypirine qui calme la douleur. Le lendemain matin (27 juillet) nous constatons un petit caillot formé au niveau du collet de la dent indiquée. Dans la journée le suintement sanguin cesse.

Le Dr Besnier, consulté par correspondance sur l'opportunité du perchlorure de fer, administré à l'intérieur en approuve l'emploi à dose de vingt gouttes par jour. Ce médicament vient s'ajouter aux précédents,

Le 29 juillet au soir, M^{me} X..., est étonnée de découvrir sur son cuir chevelu une petite plaque de sang coagulé qui résulte vraisemblablement d'une piqûre qu'elle se sera faite, en fixant son chapeau avec une de ces longues épingles qui servent à cet usage.

Le 1^{er} août, après deux excellentes journées sans ecchymoses nouvelles, elle remarque pour la première fois deux petites taches hémorragiques à la surface de la langue ; il s'en produit de nouvelles pendant les nuits suivantes, non-seulement sur le dos de la langue, mais aussi à la face interne des joues, et quelquefois sur le bord libre des lèvres. Ces taches sont passagères et indolentes, ne durent pas plus d'un jour et se montrent tantôt à droite, tantôt à gauche. Sur le dos de la langue elles ont une forme circulaire des plus nettes, et ressemblent à des pains à cacheter ou à des mouches en taffetas noir. Du côté des gencives, il ne se produit plus rien.

Ennuyée de cette aggravation, M^{me} X..., se décide à garder un repos plus grand, renonce à toute distraction, ne fait plus qu'une heure de piano par jour, et reste presque tout le temps assise au jardin. La dose quotidienne de perchlorure de fer est portée à trente gouttes, en trois fois, dans du lait et est parfaitement supportée ainsi que toute la médication.

L'appétit est régulier parfois très vif, les digestions sont parfaites et la santé générale est remarquablement bonne : on constate même une augmentation d'embonpoint.

Le voile du palais toutefois est décoloré et le teint est plus pâle que d'habitude. La douleur du talon gauche se réveille souvent et les jambes constellées de pétéchie et d'ecchymoses qui se renouvellent par poussées sont endolories. La moindre marche devient pénible. Grâce au repos, les pétéchie semblent au bout de quelques jours diminuer, surtout sur les membres inférieurs ; on en trouve cependant jusque sur les orteils et à la face dorsale des doigts. Elles sont beaucoup plus rares au cou et sur les épaules. Les taches sanguines de la bouche se reproduisent au nombre de trois à quatre presque invariablement chaque nuit ;

sur le bord libre des lèvres elles revêtent parfois la forme de vésicules hémorragiques.

Le 12 août M^{me} X..., est obligée de venir à Paris pour affaire urgente ; elle se borne à aller en voiture chez elle, mais y fait une longue séance avec un architecte, et au retour se sent très fatiguée.

Le lendemain 13 août nous constatons une poussée nouvelle et considérable de pétéchies, non-seulement sur les jambes, mais aussi sur les épaules et les avant-bras en même temps s'est déclarée une douleur vive à la face externe et sur le milieu de la jambe gauche comme s'il y avait profondément un cordon douloureux. Cette aggravation est manifestement le résultat du voyage à Paris. Nous suspendons la solution arsenicale qui a été prise sans interruption depuis 6 semaines et nous la remplaçons par une dose de deux grammes de salicylate de soude pendant trois jours.

Les jambes n'en restent pas moins douloureuses à droite au devant du tibia, à gauche sur la face externe ; il y a là deux plaques rougeâtres réticulaires qui ont un aspect légèrement inflammatoire.

Le 17 août M^{me} X..., part pour accompagner son mari dans une station thermalé du centre de la France ; elle supporte bien le voyage, mais en arrivant éprouve un redoublement de fatigue et de sensibilité des membres inférieurs. De plus elle se heurte au niveau de la partie moyenne de la cuisse gauche à l'angle d'une table et il en résulte presque instantanément une vaste ecchymose avec une volumineuse bosse sanguine au centre.

Rien de particulier à noter pendant le séjour aux eaux qui se passe bien grâce à un repos presque permanent et à la continuation du régime et du traitement. Santé générale toujours irréprochable. Les deux jambes deviennent moins sensibles au niveau des plaques déjà signalées ; celles-ci sont moins rouges et prennent une couleur jaunâtre-ocreuse.

Le 22 août M^{me} X..., demande à supprimer le charbon dont

elle est fatiguée. Elle prend un gramme d'antipyrine pendant plusieurs jours pour combattre les douleurs du bas des jambes lesquelles sont toujours un peu empâtées vers le soir.

Le 31 août. — Elle fait sans fatigue une longue promenade en voiture.

Le 3 septembre. — J'essaie de remplacer le perchlorure de fer qui a été commencé le 28 juillet, par l'élixir fero-ergoté de Pelletan. Cet élixir contient par verre à liqueur 20 centigrammes de pyrophosphate de fer citro-ammoniacal et 15 centigrammes de seigle ergoté. (2 verres à liqueur par jour).

Le 4 septembre. — Elle suit son mari à Aix-les-Bains. Bien que ce voyage ait été accompli en deux jours avec grandes précautions elle éprouve un redoublement de fatigue.

Le 7 septembre. — Elle reprend la solution arsenicale et j'y ajoute du vin de coca. Elle mène à Aix la vie la plus calme, passant toute la journée assise dans un grand jardin qui domine le parc, cependant la maladie ne cède pas ; les pétéchie se font un peu plus rares surtout vers le haut du corps et aux membres supérieurs, mais les taches hémorragiques de la bouche se reproduisent presque invariablement chaque matin ; la disposition aux ecchymoses et aux hémorragies persiste.

Les 15 et 16 septembre. — Cessation momentanée des taches buccales. Sur le conseil de notre ami le professeur Fournier que nous rencontrons à Aix, nous essayons pendant une semaine le sulfate de quinine à la dose quotidienne de 90 centigrammes en trois doses. L'arsenic est suspendu.

Le 20 septembre. — Les douleurs des jambes sont très diminuées, mais au niveau des anciennes plaques, on aperçoit des veines variqueuses très développées et toujours un peu sensibles au toucher. Les forces reviennent et ce jour là, M^{me} X. peut, pour la première fois avec plaisir et entrain, faire une petite promenade d'une heure à pied. Pas de fatigue consécutive.

Encouragée par ce premier essai, elle peut faire dès le lendemain et sans fatigue une assez longue course dans la montagne et par d'assez vilains sentiers. Elle se sent tous les jours

plus forte, cependant elle voit les taches buccales du matin reparaître de temps à autre.

Le 26 septembre elle demande à cesser le jus de citron qu'elle a pris à chaque repas depuis deux mois. Elle a fini hier le sulfate de quinine dont elle a pris en 8 jours 7 grammes 20 centigrammes. L'appétit et la digestion sont toujours en bon état. Les jambes cessent d'être douloureuses.

Le 27 septembre. — Ascension au mont Revard en chemin-de-fer. Au sommet course à pied de 40 à 50 minutes, bien supportée. Le soir, départ pour Paris et retour à la campagne. Bonne nuit. Pas de taches buccales depuis deux jours, mais elles reparaissent dès le 30 septembre plus rares toutefois.

Le 1^{er} octobre. — Les pétéchiés des membres se reproduisent un peu plus abondantes.

Le 4 octobre. — Reprise du sulfate de quinine pour une semaine.

Le 6 octobre. — M^{me} X... vient à Paris pour l'arrivée du Tzar ; elle y assiste sans fatigue, appuyée assez longtemps sur les barreaux d'une fenêtre, et cette position suffit pour provoquer deux ecchymoses sur la face antérieure des avant-bras.

Le 9 octobre. — Tache sanguine sur le dos de la langue plus large que d'habitude. Suppression de l'arsenic à cause d'un peu de diminution de l'appétit, et quelques troubles intestinaux.

Le 15 octobre. — Anorexie. Pâleur plus marquée de la face et de la voûte palatine. Reprise du perchlorure de fer (30 gouttes par jour).

Le 18 octobre. — Au moment où la diminution progressive des poussées pétéchiâles nous faisait espérer la guérison, M^{me} X est prise, à 4 heures de l'après midi, sans cause appréciable d'une hémorragie de la face interne de la joue, au niveau de la dernière molaire inférieure droite. Malgré des applications répétées de tampons d'ouate hydrophile imbibés d'une solution saturée d'antipyrine et l'injection de limonade sulfurique, le suintement sanguin persiste toute la nuit, et fournit un caillot

assez important. Le lendemain 19 octobre à 9 heures, je place une boulette d'ouate mélangée d'antipyrine en poudre, et je prescris une potion avec 4 grammes d'ergotine. Aucun effet. Le sang suinte toute la journée ; il ne s'arrête enfin que grâce à la compression de la joue contre l'arcade dentaire exercée à plusieurs reprises dans la soirée par périodes d'une demi-heure suivant le conseil du Dr Besnier. La nuit est excellente, le sang ne reparait pas.

Le 20 octobre. — Le siège de cette stomatorragie était marqué par une plaque sur la face interne de la joue, de la grandeur d'un ongle, rouge-vif, comme légèrement exulcérée, dépourvue d'épithélium. Dès le soir elle pâlit et est en voie de cicatrisations. Je prescris des dragées de lactate de fer (4 par jour).

Le 21 octobre. — M^{me} X..., revenue de la campagne commence les inhalations d'oxygène (30 litres par jour) qui paraissent lui faire grand bien.

Du 30 octobre au 8 novembre. — Les pétéchies deviennent plus rares et plus étroites sur les membres qui ne sont plus douloureuses et permettent quelques courses à pied. M^{me} X... est moins pâle, a meilleure mine et se sent plus forte. La muqueuse buccale est plus colorée, bien que de temps en temps les taches hémorragiques reparaissent sur la langue.

Le 30 novembre. — L'amélioration a fait de grands progrès et frappe tout le monde. Les pétéchies sont moins nombreuses, et s'effacent ; une plaque circulaire de la largeur d'une pièce de deux francs, au devant de la crête du tibia de la jambe droite, et qui faisait une saillie un peu rougeâtre, commence à pâlir et à s'effacer graduellement. Les taches buccales elles-mêmes disparaissent définitivement. M^{me} X. marche volontiers et sans fatigue, mieux même qu'auparavant. Elle cesse les inhalations d'oxygène qui ont été prises assez régulièrement depuis un mois, et qui semblent avoir eu une influence très favorable ; elle ne continue plus que les dragées de lactate de fer, et l'eau de Bussang.

15 Décembre. — Sur le conseil que me donne M. le professeur Hayem de faire contrôler tous ces signes favorables par son procédé d'analyse du sang, je prie Monsieur Beusaude de procéder à cet examen. (Voir chapitre III, page 38.)

OBSERVATION VII. — (Inédite).

Dûe à l'obligeance de M. R. BENSAUDE, chef de laboratoire à la faculté de Médecine.

Le nommé B... Auguste, âgé de 72 ans, peintre, entre à l'hôpital Baujon, service de M. le Dr. Troisier, salle Louis, lit n° 16, le 22 juin 1896.

Antécédents Hérititaires. — Père mort en 1849 à la suite d'un anévrisme. Mère morte à l'âge de 83 ans à la suite d'une bronchite.

Le malade a eu deux sœurs : l'une morte à l'âge de 72 ans à la suite d'une insolation (?); l'autre à l'âge de 36 ans, à la suite d'une péritonite.

Il n'est pas marié, et n'a pas d'enfants.

Antécédents Personnels. — Le malade a eu dans sa jeunesse des fièvres éruptives, mais il ne se rappelle pas lesquelles.

Vers l'âge de 20 ans, il a été soigné pour un chancre par Ricord. Il a eu des plaques muqueuses ensuite, mais pas d'autres accidents, malgré qu'il n'ait pas fait de traitement. En 1870 il a eu du rhumatisme. N'étant pas pauvre, le malade a toujours vécu dans de bonnes conditions hygiéniques.

Début de la maladie actuelle. — Depuis quelque temps il saigne fréquemment du nez et des gencives. C'est à cause de ces hémorragies qu'il se décide à rentrer à l'hôpital. Quant à la date du début de ces hémorragies, le malade ne peut pas donner des renseignements exacts ; et malgré qu'à son entrée à l'hôpital on constate sur différentes parties du corps, de nom-

breuses ecchymoses, et des pétéchies, il ne s'était pas aperçu de leur présence,

Etat actuel 22 Juin 1896. — Le malade est un vieillard bien constitué, robuste, légèrement obèse. En le découvrant on remarque sur diverses parties du corps des ecchymoses et des pétéchies, disposées de la manière suivante :

Tête. — Quelques petites pétéchies rondes, de coloration rouge, ne disparaissant pas à la pression, sur le front.

Cou. — Petite ecchymose bleuâtre, ayant les dimensions d'une pièce de 50 centimes.

Tronc. — Quelques pétéchies rondes, rouges, au dessous de la clavicule droite. Large ecchymose noirâtre, ayant les dimensions d'une pièce de cent sous au niveau du mamelon. Une autre plus pâle, un peu plus petite, à l'hypochondre droit. Une troisième de coloration jaunâtre au-dessous de l'ombilic, et enfin une autre ayant les dimensions et l'aspect d'une ventouse au dessus du pubis.

Membre super. gauche. — Quelques pétéchies et une ecchymose ayant les dimensions d'une pièce de 5 francs à la partie antéro-interne de l'avant bras.

Membre super. droit. — Ecchymose de coloration vert jaunâtre au pli du coude. Une autre moins étendue à la face interne du bras.

Membre infer. droit. — Quelques pétéchies au niveau du pli de l'aîne. Ecchymose bleuâtre ayant les dimensions de la paume de la main au dessous de la tête du péroné. Une autre plus petite à la face postéro-inférieure, de la cuisse. En outre des pétéchies disséminées sur toute la jambe et sur la cuisse.

Membre infer. gauche. — Ecchymose bleuâtre ayant les dimensions d'une pièce de 5 francs, au niveau de la tête du fémur. En somme, aucune symétrie dans la disposition des ecchymoses et des pétéchies.

Muqueuses. — Avant son entrée à l'hôpital, le malade avait

quelquefois des épistaxis. Depuis trois ou quatre jours, il n'en a plus.

Sur la muqueuse buccale on ne rencontre aucune tache hémorragique. Les *gencives sont saines*.

Il prétend avoir saigné de la bouche pendant qu'il a eu de l'épistaxis.

Rien sur les conjonctives.

Examen clinique des organes. Appareil digestif. — Langue normale. Dents en très mauvais état. Appétit médiocre.

Pas de vomissements. Pas de diarrhée. Aucune douleur intestinale ou gastrique. Pas de dilatation de l'estomac.

Foie normal. Rate idem.

Appareil circulatoire. — Pôuls régulier, normal. Température normale 37°. Léger souffle au premier temps à la base. Deuxième temps parcheminé. Artères légèrement athéromateuses, en rapport avec son âge.

App. respiratoire. — Pas d'hémoptysie. Léger emphysème à la partie antérieure. Rien autre chose de particulier à noter.

Système nerveux. — Intelligence conservée. Pas de troubles de la sensibilité. Somnolent dans la journée, se plaint de ne pas pouvoir dormir la nuit.

Pas de céphalalgie, pas de *douleurs dans les jointures*, mais il se sent un peu fatigué. Il a les jambes faibles. Il se lève, se promène dans le jardin, mais ne pourrait pas passer une journée sans se reposer couché pendant quelques heures.

App. urinaire. — Urine claire. Pas d'albumine ni sucre.

Le malade se lève toutes les nuits pour uriner.

Traitement. — Liqueur de Fowler. Repos.

Les jours suivants, l'état du malade ne présente pas un grand changement. Quelques pétéchies ont disparu. Les ecchymoses pâlissent. L'état général est bon. Pas de douleurs dans les articulations. Le malade se sent beaucoup moins faible.

2 Juillet. — Léger épistaxis le matin. Les ecchymoses et les pétéchies sont devenues plus pâles, de coloration verdâtre, mais

sont encore assez visibles. Sensation vague de lourdeur dans les membres inférieurs.

3 Juillet. — Léger épistaxis le matin.

6 Juillet. — Les pétéchies et les ecchymoses ont disparu presque complètement. On ne constate plus d'hémorragie nasale.

8 Juillet. — Quelques nouvelles ecchymoses sur les jambes pas d'hémorragie par les muqueuses. Sensation de lourdeur dans le bas des jambes, sans gonflement ni autre modification dans l'état des jointures. Même traitement.

13 Juillet. — Les pétéchies ont disparu presque toutes, et il ne reste pas trace d'ecchymose ancienne. Ce matin il aperçoit, l'apparition d'une nouvelle ecchymose, ayant les dimensions d'une pièce de deux francs, à la partie postéro-interne de l'avant bras droit. Même traitement: Liqueur de Fowler six gouttes par jour.

14 Juillet. — De nombreuses ecchymoses apparaissent sur le corps et sur la figure, dont la disposition est la suivante:

Tête. — Ecchymose recouvrant toute la moitié interne de l'œil gauche. Tache hémorragique sur la conjonctive du même œil.

Tronc. Face antérieure. — Petites pétéchies vers la partie antéro-supérieure du thorax. Cinq ecchymoses à la base de la cage thoracique, disposées de la manière suivante: Deux au niveau du rebord costal droit, ayant les dimensions d'une pièce de dix sous. Une troisième ayant les mêmes dimensions, à gauche de l'appendice xyphoïde. La quatrième un peu plus grande à égale distance de l'ombilic et de l'appendice, et une autre enfin de forme allongée, sur le rebord costal gauche. Toutes ces ecchymoses ont une coloration jaune verdâtre.

Membre supérieur droit. — Ecchymose ayant les dimensions d'une pièce de vingt sous à la partie inféro-interne du bras. Quelques pétéchies pâles au niveau du pli du coude. Ecchymose ayant les dimensions d'une pièce de deux francs, sensible au

toucher vers la partie moyenne de la face postérieure de l'avant-bras et une autre jaunâtre à la partie inféro-externe du bras. Ecchymose triangulaire noirâtre au niveau de l'épicondyle.

Membre supérieur gauche. — Quelques pétéchies pâles au niveau du pli du coude.

Membre inférieur droit. — Pas d'ecchymoses à la face antérieure. Quelques pétéchies sur la face dorsale du pied. A la face postérieure, large ecchymose, un peu moins grande que la paume de la main, de coloration rouge lie-de-vin, au niveau du mollet.

Membre inférieur gauche. — A la face antérieure, deux ecchymoses bleuâtres, à droite et à gauche du genou.

Une autre beaucoup plus large, verdâtre, à la partie moyenne de la face interne du tibia.

Pas de fièvre, pas de diarrhée. Faiblesse dans les jambes, et sensation de lourdeur. Même traitement.

17 Juillet. — Même état. Le malade mouche un peu de sang dans son mouchoir.

18 Juillet. — La tache hémorragique conjonctivale en voie de disparition. Dix gouttes de liqueur de Fowler.

28 Juillet. — Les ecchymoses sont manifestement en voie de guérison. La plupart ont disparu. Celles qui restent, sont pâles, jaunâtres ; elles ont de la tendance à disparaître. On constate pourtant l'apparition d'une nouvelle ecchymose noirâtre, au-dessus de la région poplitée gauche.

Sur le membre supérieur droit, il ne reste que deux ecchymoses : une petite à la partie postéro-interne de l'avant-bras, une autre grande, ayant les dimensions d'une pièce de cent sous à la partie moyenne de sa face antérieure. L'ecchymose conjonctivale a complètement disparu. Pas d'épistaxis ni d'autre hémorragie. Sensation de faiblesse dans les membres inférieurs. Etat général bon. Pas de fièvre, pas de vomissements, pas de douleur épigastrique. *Traitement.* Liqueur de Fowler douze gouttes.

3 Août. — Le malade n'a pas d'épistaxis ni d'autre hémorragie. On constate quelques petites pétéchies ayant les dimensions d'une lentille au devant des clavicules et deux ecchymoses à la partie moyenne de l'avant-bras droit.

7 Août. — Le malade ayant un peu de diarrhée, on supprime la liqueur de Fowler.

16 Août. — Les ecchymoses et les pétéchies ont presque complètement disparu. Celles qui restent sont pâles à peine visibles. Etat général bon. Pas de fièvre. Aucune douleur articulaire. Fonctions digestives bonnes. Le malade quitte l'hôpital.

On le revoit trois mois après : Le 3 décembre et le 25 de ce même mois. Il n'avait sur le corps aucune sorte d'éruption purpurique. L'état général continuait à être bon.

Pour la dernière fois, il a été examiné le 15 Janvier 1897. Il n'avait plus trace de son éruption purpurique. La santé était bonne.

P. S. — Voir l'examen du sang au chapitre III, page 39

Analyse de l'urine (3 Juillet 1896).

Volume émis en 24 heures. — 1700 c. m. c.

Aspect trouble.

Consistance. — Liquide. Mousse par agitation

Couleur. — Jaune-pâle.

Odeur. — Putride.

Réaction. — Faiblement acide.

Densité. — 1010 à 15°.

Extrait sec. — 21 gr. par litre

Cendres. — 5 gr. 50 par litre.

Matières organiques. — 14 gr. 50.

Eau par litre. — 989 gr.

Urée. — 7 gr. 80 par litre.

Acide urique. — 0. gr. 25.

Phosphate. — 1 gr. 50 par litre. Il y a diminution sur la quantité normale. 2 à 6 gr. par litre.

Éléments pathogènes.

Albumine. — Néant. Glucose. Néant. Bile. Néant. Pus idem.

Examen microscopique.

Cellules épithéliales de la vessie. Quelques leucocytes. Peu d'acide urique. Quelques cristaux de phosphate amoniaco-magnésien et d'oxalate de chaux.

OBSERVATION VIII (Résumée.)

Maladie de Werthof chronique. Erysipèle intercurrent. (Soc. méd. des Hôpitaux de Paris 23 mars 1899. Lenoble.)

La nommée Oll..., Marie, âgée de 21 ans, domestique, entre à l'hôpital civil de Brest service de M. le Dr Caradec le 16 août 1898, pour une métrorragie, qui dure depuis quatre semaines.

Rien de particulier à noter dans les antécédents héréditaires, aucune trace d'hémophilie. A 13 ans elle a eu la rougeole.

A été réglée à 19 ans régulièrement mais abondamment. Depuis l'âge de douze ans, elle a des épistaxis très fréquentes. Parfois elle a eu sur le corps de petites poussées de taches rouges mais sans qu'elle y ait jamais attaché grande importance. Grandes ecchymoses au moindre choc. Elle n'est pas hémophilique.

Etat actuel. — C'est une fille forte vigoureuse mais très anémiée. Aucune éruption de purpura sur le corps, rien sur la muqueuse buccale. Etat général bon, pas de fièvre, appétit bon. Constipation habituelle. Foie, rate normaux. Urines normaux. Aucun trouble nerveux. Léger souffle systolique à la base du cœur, bruit de rouet dans les vaisseaux du cou. La malade est curetée. La métrorragie cesse, mais elle est remplacée par des épistaxis à répétition

28 Septembre 1898. — Après un premier examen du sang le

sujet est soumis au traitement par le chlorure de calcium à la dose de deux grammes par jour.

6 Octobre. — Depuis 15 jours plus d'épistaxis. Etat général bon. Aucune tache purpurique.

7 octobre. — La malade est atteinte d'un érysipèle de la face, présentant tous les symptômes classiques. On supprime le chlorure de calcium, et on traite l'érysipèle par des compresses de sublimé au 1/1000. antypirine à l'intérieur. Régime lacté.

15 Octobre. — La température redevient normale. Le visage reprend ses proportions. La malade entre en convalescence.

27 Octobre. — Etat excellent. On reprend le chlorure de calcium.

12 Novembre. — Epistaxis assez abondante dans la nuit du 10 au 11.

Suppression du chlorure de calcium. Traitement opothérapique : deux cuillerées à bouche de moelle des os de bœuf fraîche dans de l'eau tiède.

15 novembre. — On constate pour la première fois depuis son entrée une large ecchymose violacée à la face interne de la cuisse gauche, attribuée par la malade à un léger choc.

16 et 17 novembre. — Légère poussée de taches pétéchiiales sur les membres et sur le thorax. Ces taches disparaissent le 20 novembre. On constate une amélioration notable.

21 novembre. — Apparition des règles.

25 novembre. — Nouvelle poussée de taches purpuriques fines, formant par leur agglomération des bandes. Etat général bon.

28 novembre. — Disparition des règles qui ont duré 8 jours. Elles reparaissent le 1^{er} décembre. A ce moment l'organothérapie est faite depuis 15 jours.

Le 2 décembre ecchymose assez forte au genou droit.

Le 12 décembre. — La malade est soumise au traitement par l'extrait hépatique de Montcours à la dose de 18 grammes par jour. Du 15 décembre jusqu'au 24 du même mois quand elle est sortie son état est resté à peu près stationnaire.

Quelques nouvelles ecchymoses ont apparu, de même que quelques poussées de pétéchies, évoluant comme les précédentes sans être accompagnées d'aucun phénomène subjectif, d'aucun trouble fonctionnel. L'organo thérapie hépatique a été continuée pendant 8 jours jusqu'au 20 décembre. Les règles qui étaient apparues le 15 décembre ont pris fin le 23 du même mois. Elle quitte l'hôpital le 24 décembre. Son état est sensiblement le même qu'à son entrée.

Quelques temps après son entrée, l'examen de l'œil et du nez a été fait. Le premier est resté négatif. Du côté du nez, on avait remarqué, une dilatation veineuse au niveau du cartilage de la cloison dont la rupture donnait naissance à des hémorragies.

Examen des urines.— Volume 1800 c m c. couleur jaune clair odeur normale, réaction acide. Densité 1,016. *Matériaux fixes* 37 gr. 28 par litre 69 gr. 10 par 24 heures. *Urée* 11 gr. par litre 19 gr. 80 par 24 heures. *Chlorure* évalué en chlorure de sodium 12 gr. 50 par litre 22 gr. 50 par 24 heures. *Phosphates* 0,88 par litre et 1 gr. 58 par 24 heures. Ni albumine, ni sucre, ni pigments biliaires. La malade avait pris 8 grammes de chlorure de calcium au moment de l'examen.

P. S. — Voir l'examen du sang au chapitre III, page 41.

OBSERVATION IX (résumée).

(DENYS, professeur à l'Université de Louvain. *La cellule*; 1887).

Marie D. P., âgée de 40 ans, ménagère, mariée et mère de plusieurs enfants, n'a jamais fait de maladie sérieuse. Ni dans sa famille, ni dans sa vie antérieure il ne s'est manifesté de disposition spéciale aux hémorragies.

Elle n'a eu à souffrir ni de la misère, ni des travaux pénibles.

Elle habite une petite maison saine.

La maladie a débuté brusquement par une forte poussée hémorragique vers la peau et certaines muqueuses (nasale, buccale, conjonctivale).

Sur la peau on constate quelques taches ecchymotiques de la grandeur d'une pièce de deux francs, de coloration bleuâtre, et un nombre considérable d'autres petites taches ecchymotiques de la grandeur d'une tête d'épingle en moyenne, ayant une teinte rouge-vif, bleuâtre ou brunâtre. Pas d'œdème autour des maléoles, pas de douleurs articulaires. Les gencives sont normales, aucune anomalie du côté de l'appareil digestif. Appétit bon, pas de selles sanguinolentes. Exploration du foie, de la rate, du poumon, négative. Aucun trouble du côté du système nerveux.

Au début de la maladie, le mouvement hémorragique s'est accompagné d'un peu de *fièvre*, de *courbature*, d'*inappétence*. Mais ces symptômes ont été très passagers n'ayant duré que quelques jours, tandis que les manifestations cutanées ont continué pendant *deux ans* environ, par des poussées successives.

La lassitude générale est le seul symptôme que la malade n'a cessé de présenter pendant presque toute la durée de la maladie.

A part le mouvement fébrile du début mouvement insignifiant et n'ayant duré que quelques jours, la *fièvre* n'a plus reparu durant sa maladie.

L'examen des organes internes ne décèle jamais de lésion.

Par contre, celui du sang répété un nombre considérable de fois, donna les renseignements suivants :

Diminution légère des globules rouges.

Aucune anomalie dans les leucocytes, ni pour le nombre pour les qualités à part quelque leucocytose passagère, dont l'une s'explique aisément par une hémorragie utérine.

Réduction énorme du nombre des plaquettes, (hématoblastes) et peut-être disparition complète de ces éléments aux stades les plus aiguës de la maladie.

Malgré cette altération, la coagulation du sang n'est pas

retardée et la fibrine est au moins aussi abondante qu'à l'état normal. (1)

OBSERVATION X

(DENYS. *La Cellule*, T. V, 1889)

X..., âgé de 10 ans, se présente devant nous pour la première fois, le 2 juin 1889. Depuis une quinzaine de jours, sa peau est le siège de taches hémorragiques. Tout au début elles ont été au dire du malade nombreuses et petites. Plus tard elles se sont montrées plus rares en même temps qu'elles devenaient plus grandes.

Ces phénomènes n'ont été précédés, ni accompagnés d'aucune altération de la santé. L'appétit est resté bon, la digestion facile, et il n'y a eu ni diarrhée, ni constipation.

Il n'existe aucune gêne respiratoire, et la fièvre semble avoir fait complètement défaut. Les articulations n'ont jamais été douloureuses.

Depuis l'apparition des taches, le malade a eu plusieurs épistaxis. On n'a remarqué du sang ni dans les selles, ni dans les urines.

Le seul symptôme morbide subjectif dont il ait eu à se plaindre consiste en une lassitude générale, à cause de laquelle il se met au lit une partie de la journée.

Etat présent. — Développement osseux et musculaire, un peu au dessous de la moyenne. Nutrition assez bonne. Aucun signe d'anémie, pas d'œdèmes. Sur le corps on remarque un certain nombre d'ecchymoses surtout abondantes aux membres inférieurs.

(1) En 1887, le phénomène de la non retractilité du caillot et de l'absence d'exudation du sérum, n'était pas encore connu. Ce phénomène a été décrit pour la première fois par M. Hayem. Voir *compt. rend. de l'Acad. des Sciences*, 23 novembre 1896.

Elles sont plus discrètes sur les membres supérieurs, rares sur le tronc, et manquent à la tête. La grandeur varie d'une pièce de 2 centimes à une pièce de 5 francs. Quelques-unes sont plus larges encore.

La plus grande de forme elliptique située au côté interne du genou gauche, mesure 12 centimètres de longueur. Ces taches présentent à leur centre un ou deux noyaux durs légèrement douloureux à la pression. Ces noyaux présentent une coloration foncée rouge, bleuâtre, tandis que le reste de l'ecchymose montre une teinte moins foncée jaune ou verte.

D'après les explications du malade ces taches possèderaient à leur apparition la grandeur des noyaux durs et puis s'étaleraient plus lentement jusqu'au moment où elles ont atteint leur volume définitif.

L'examen de tous les appareils fait avec soin ne démontre rien d'anormal sauf une augmentation légère mais douteuse de la matité de la rate.

Dans les trois semaines qui suivirent nous eûmes encore plusieurs fois l'occasion de voir le malade. Pendant tout ce temps l'affection ne présenta aucun changement ni en bien ni en mal.

Tous les jours il se forme une ou plusieurs taches nouvelles, pendant que les plus anciennes disparaissent.

L'état général resta le même et notre malade se remit à fréquenter l'école.

P. S. — Pour l'examen du sang, voir au chapitre III page 42.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
<i>Avant-Propos</i>	5
<i>Aperçu historique</i>	10
<i>Purpura chronique à grandes ecchymoses</i>	
Définition.....	16
<i>Hématologie. Pathogénie. Nature</i>	29
Symptômes.....	54
Eruption.....	55
Hémorragies.....	58
Etat général.....	59
Marche et durée.....	61
Diagnostic.....	62
<i>Etiologie. Causes occasionnelles. Causes prédisposantes</i>	66
Pronostic.....	67
Traitement.....	68
Conclusions.....	71
Observations.....	73

BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE DEVERDUN ET JAGUIN
